UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951-1952 – N° 33 37

Contribution à l'Étude de l'Epileptoïdie

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 24 Novembre 1952

par

Jean-Paul, Richard MOREIGNE

Né le 8 Juillet 1928 à VERSAILLES (Seine-et-Oise)

Elève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies

Examinateurs de la Thèse

MM. DELMAS-MARSALET, professeur, *Président*
CREYX, professeur
TRAISSAC, agrégé } *Juges*
BERGOUIGNAN, agrégé

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1952

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951-1952 — N° 33

Contribution à l'Étude de l'Epileptoïdie

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 24 Novembre 1952

par

Jean-Paul, Richard MOREIGNE

Né le 8 Juillet 1928 à VERSAILLES (Seine-et-Oise)

Élève de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies

Examinateurs de la Thèse

MM. DELMAS-MARSALET, professeur, *Président*
CREYX, professeur
TRAISSAC, agrégé
BERGOUIGNAN, agrégé
Juges

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1952

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIE, CHELLE
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR :** M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF, CRUCHET, DUPÉRIE, CHELLE

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	CREYX, BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN, MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopique clinique	DE GRAILLY
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	N...

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), BLANQUET (Physique pharmaceutique)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL
Physiologie	Mlle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER
Pharmacie (1re section)	R. GOLSE
Pharmacie (2e section)	MASQUELIER
Pharmacie (3e section)	CAZAUX

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	DUBARRY, F.-J. TRAISSAC, BERGOUIGNAN, LENG-LEVY
Chirurgie générale	LAUMONIER, CHAVANNAZ
Obstétrique	MAHON, CHASTRUSSE
Ophtalmologie	BESSIERE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI, COUSTOU
Anatomie	RIGAUD
Chimie minérale	BABIN
Cryptogamie	LAUBIE
Pharmacie galénique	BOUSSEMART
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique	NEUZIL
Pathologie chirurgicale	VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DES LETTRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. LACROZE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CHATEAU

En témoignage de respectueuse admiration.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR BLANC

Médecin des Hôpitaux,
Diplômé d'études supérieures de philosophie,
Chargé de cours à l'Institut de Psychologie,

Dans votre enseignement comme dans les séances de travail animées par votre dynamisme, vous nous avez montré les voies d'un penser humain.

Ce titre n'est pas le seul que vous ayez à notre gratitude, mais il est tel que notre vie entière en demeurera marquée. Aussi, voulons-nous, en tête de ce travail que vous avez inspiré, vous dire notre respectueuse et reconnaissante affection.

A Monsieur le Médecin-Général de 2e classe GALIACY

Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.
Médaille de la Résistance,

A Monsieur le Médecin en chef de 1re classe SIMON

Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Médecin des Hôpitaux de la Marine,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie,
Médaille d'argent de l'Education Physique.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGOUIGNAN

Médecin des Hôpitaux,
Croix de guerre,
Officier d'Académie,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRAISSAC

Médaille d'or de l'Internat
Médecin adjoint des Hôpitaux,
Officier d'Académie,

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. CREYX

Professeur de Clinique médicale,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique,

Hommages respectueux.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELMAS-MARSALET

Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales,

Médecin des Hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'honneur

Croix de guerre,

Officier de l'Instruction publique

Veuillez trouver ici, avec nos remerciements pour avoir accepté la présidence de notre jury, l'expression de notre admiration et de notre respectueuse gratitude pour la formation que votre enseignement et votre service nous ont mis à même d'acquérir.

INTRODUCTION

Au cours des deux premières années de fonctionnement du Centre de prophylaxie mentale infantile attaché au service de M. le Professeur Delmas-Marsalet, parmi les 1.500 enfants présentés à la consultation, nombre d'entre eux étaient des épileptoïdes. Amené à les examiner sous la direction du Docteur Blanc, nous avons été frappés par la diversité des sujets qui justifiaient néanmoins de façon certaine leur classement dans cette catégorie. Nous rappelant alors les voies différentes qui amenèrent à l'isolement de la constitution épileptoïde nous avons été conduits à rechercher ce qui donne à cette entité, malgré les apparences, une homogénéité certaine.

M. le Docteur Blanc ayant bien voulu nous confier ce travail nous avons pensé devoir le partager en quatre phases.

Dans une première partie nous avons rappelé les trois perspectives selon lesquelles fut isolé ce syndrome.

Dans une deuxième partie nous nous sommes efforcés de brosser de l'épileptoïde, un portrait qui réunisse idéalement ses caractéristiques. Après avoir précisé les examens complémentaires dont nous disposions nous avons pu ainsi, le situer par rapport à l'épilepsie.

Dans une troisième partie, nous avons rapporté sept observations caractéristiques des principales formes que nous avions rencontrées en montrant leurs caractères communs et différentiels.

Dans une quatrième partie, enfin, nous avons cherché comment une unité structurale pourrait peut-être être trouvée en envisageant l'épileptoïdie dans le cadre d'une pathologie du comportement comme une perturbation dans l'intégration des messages sensoriels au plan perceptif.

HISTORIQUE DE L'ISOLEMENT DE L'EPILEPTOIDIE

Nous ne saurions envisager de faire ici l'historique complet des idées émises par divers auteurs au sujet de l'aspect psychique des épilepsies. Toutefois, avant d'étudier les travaux qui ont plus particulièrement amené à l'isolement de l'épileptoïdie nous voudrions rappeler quelques grandes lignes de l'évolution des conceptions à ce sujet.

Tout d'abord, on retrouve dans les comptes rendus des séances de la Société Médico-Psychologique, en 1871 et 1872, la teneur des principales idées de ce moment. C'est l'époque où Falret (1) insiste sur la spécificité du caractère épileptique et tout particulièrement sur leur impulsivité et leur obséquiosité. L'époque également où Féré (2) insiste sur d'autres traits de caractères qui leur sont propres. Cette période se poursuit encore avec la thèse de Ducosté (Bordeaux, 1899) sur l'épilepsie consciente et mnésique.

Puis les conceptions psychiatriques (Delasiauve, Morel, Falret, Fere, Herpin, Voisin...) perdent peu à peu de leur importance. L'heure vient des conceptions neurologiques. L'hérédité, les équivalents, les réactions caractérielles rentrent partiellement dans l'ombre. C'est l'époque alors des rapports d'Abadie et de Pagniez à la XII[e] Réunion neurologique internationale (Paris, 1932). L'époque où Pierre Marie conclut : « la clause première de l'épilepsie est toujours extérieure au malade et postérieure à sa conception (cité par Picard) (3).

Toutefois, l'influence de certains auteurs ne s'éteint pas complètement. Hartenberg (4) affirme : « l'épilepsie n'est pas en réalité, une maladie convulsivante ». Pagniez (5) lui-même

(1) De l'état mental des épileptiques, Paris, 1861.

(2) Les épilepsies et les épileptiques, Alcan.

(3) De quelques notions actuelles au sujet de l'épilepsie dite essentielle. *L'Encéphale*, décembre 1928.

(4) Le rôle de l'inhibition dans les manifestations épileptiques. *L'Encéphale*, 1931.

(5) L'épilepsie, Paris, 1929.

écrit : « ce qui est avant tout épileptique c'est la perte de conscience ».

On peut donc dire que cette période est essentiellement caractérisée par une « attitude flottante » (Minkowska, Annales médico-psychologiques, nov. 1946) à l'égard de l'épilepsie. De là vient, sans doute, la grande abondance des travaux publiés à cette époque; de là aussi, l'emploi de perspectives diverses destinées à préciser la question.

C'est, en effet, en 1925 que Wallon (1) se plaçant à un point de vue purement psychologique publie une étude sur la mentalité épileptique.

C'est en 1932, que Gilbert Robin (2) publie le résultat de ses observations cliniques.

C'est, enfin, de 1923 à 1932 essentiellement, que se situent les nombreux travaux génétiques de Mme Minkowska visant à l'isolement de la constitution épileptoïde.

Ce sont ces trois ordres de travaux que nous voudrions envisager maintenant après les avoir ainsi situés à l'aide de quelques jalons par rapport à ceux qui les avaient précédés.

Dans cet article du « Journal de Psychologie », Wallon rappelle tout d'abord à quel point, le critère d'adaptation au réel, constitue pour l'homme une condition vitale. Evoquant la fonction du réel tel que l'isola Janet, il y voit la raison d'être ultime des individus. Toute la valeur de cette fonction se manifeste en ceci qu'à une baisse de la tension succède la substitution à l'acte adapté de manifestations de plus en plus élémentaires. « Ainsi, dit-il, verra-t-on se produire soit des idées intempestives sous la forme d'obsession par exemple, soit de simple décharge motrice dont l'aspect, la nature, les combinaisons donnent lieu à différentes formes de crises dont, sans doute, la crise épileptique ». Puis, critiquant comme abusivement générale la séparation Bleulerienne par rapport à cette fonction entre syntones et schizoïdes, Wallon relève

---

(1) *Journal de psychologie*, juin 1925.

(2) L'épilepsie chez l'enfant et le caractère épileptoïde (Douin), 1932.

combien la labilité sensori-motrice du maniaque, par exemple, s'oppose à la perception objective « dont une pensée directrice crible et organise les apports ». En dehors, d'ailleurs, de ces deux modes d'adaptation de la ligne syntonique, il reste, lit-il : « une certaine forme d'application psychomotrice au réel qui caractérise la mentalité épileptique ».

Faisant, ensuite, allusion aux premiers travaux de Mme Minkowska, il souligne la communauté du caractère psychique reconnue par celle-ci entre tous les descendants d'un épileptique. Et, restreignant son propre travail à l'étude des épileptiques cliniquement reconnus tels, il se propose d'en étudier la mentalité ainsi préalablement située.

Laissant les considérations anatomo-physiologiques actuellement dépassées qu'il développe ensuite, nous envisagerons, d'emblée, sa description proprement dite, de cette mentalité.

Acceptant tout d'abord la prévalance donnée par Kraepelin, chez ces malades à l'activité projective, sur la perceptive, il n'en retient que la teneur sans le commentaire de cet auteur. Le ralentissement de l'idéation et de la perception ne s'oppose pas, pour lui, à une facilité des réactions psychomotrices : bien au contraire, celles-ci lui apparaissent comme entachées d'efforts et de concentration. « L'épileptique paraît peiner, lutter, pour réaliser son acte et sa pensée ». La recherche d'un contact avec le réel est bien son but mais une « pénurie d'invention motrice ou verbale » l'oblige sans cesse à se débattre pour y parvenir. La carence de ses fonctions aperceptives lui impose l'intermédiaire du geste et du mot. C'est par ceux-ci seulement, qu'il parvient à acquérir représentations et idées. Cette impression de contrainte se retrouve sur le plan affectif. Un état de latence émotionnelle ne se résoud que par des manifestations explosives. Sur le plan des conduites, la persévération dont il fait preuve, loin de recouvrir les stéréotypies automatiques d'états dissociés, s'en distingue par l'effort qui l'accompagne. Elle ne se produit que parce qu'il est « rassemblé sur l'acte en cours ». Sa conscience est

accaparée par le geste qui vient d'avoir lieu. Cette application a comme corollaire une oblitération de son discernement objectif. Trop attaché à ce qu'il est en train de faire, à ce qu'il attend, les données du milieu lui échappent partiellement au moins, dans leurs significations. Du reste, les gestes lui semblent indispensables pour exprimer sa pensée. Du genre démonstratifs ils accompagnent une mimique active. Ceci est mis en évidence par le fait que, seul, l'épileptique parle avec la même exhubérance d'accompagnement gesticulaire. Les répétitions, de même, « sont toujours un effort d'intellection ».

Sa pensée procède par énumérations, descriptions minutieuses, digression, seuls procédés par lesquels la conscience de l'épileptique parvient à une certaine connaissance. De là, vient sa minutie, son besoin d'ordre autour de lui. Sa pensée adhère à la situation. Il ne sait l'intérioriser par l'abstraction. Le symbole lui échappe.

La conscience de son moi, elle-même s'en ressent « c'est une sorte d'abstraction suprême qui n'est pas à la portée de l'épileptique ».

Wallon termine en rapprochant cette mentalité de certains éléments du psychisme de l'enfant comme nous le verrons à la fin de la quatrième partie de ce travail.

Moins spéculatif, moins analytique, mais nourri par compte de nombreuses observations tel se présente le travail essentiellement clinique de Gilbert Robin publié en 1932 (L'épilepsie chez l'enfant et le caractère épileptoïde; Douin, 1932).

Il est surtout destiné, semble-t-il, à attirer l'attention du praticien sur les confins du domaine de l'épilepsie et sur l'intérêt d'élargir les indications thérapeutiques anticomitiales.

Rappelant d'abord de façon assez brève les éléments caractéristiques de l'épilepsie chez l'enfant (Grand mal, convulsions, absences...), Gilbert Robin cherche ensuite à isoler les traits de caractère de la personnalité épileptoïde. Nous ne

reprendrons pas ici, la description qu'il en donne, ces traits figurant tous dans le tableau du biotype épileptoïde que nous allons tracer plus loin. Signalons seulement, que Gilbert Robin insiste sur l'obnubilation propre à ces sujets et sur les caractères qui la distinguent de l'absence d'une part de l'hyperémotivité d'autre part.

Gilbert Robin voit surtout l'importance d'un tel syndrome dans le fait de sa parenté avec l'épilepsie. Que l'enfant ait présenté des manifestations de type convulsif dans son jeune âge, que son hérédité même éthylique ou psychopathique ou réellement comitiale constitue une suspicion, que son avenir soit seulement grevé de la possibilité d'une telle hypothèse, tous ces éléments concourent pour l'auteur à justifier l'intérêt du dépistage de tels sujets.

C'est la raison pour laquelle il s'est attaché à la description de cet « ensemble clinique désigné sous le vocable : constitution, caractère, mentalité épileptoïde ».

L'œuvre de Mme Minkowska ne peut être envisagée que située dans le contexte de toute sa vie. Le déroulement de ses recherches et de ses publications, qui ont toujours gravité autour de l'épilepsie, est exprimé de façon émouvante dans une brochure : « In Memoriam » (1).

C'est surtout la première partie de ses travaux que nous devons ici considérer. Leur suite se situant à la fois dans le cadre de l'esthétique et dans celui de la psychopathologie, s'écarte trop du domaine de la médecine pour que nous puissions l'envisager ici.

Dès 1912, Mme Minkowska entreprend des recherches généalogiques qu'elle devait essentiellement poursuivre en 1922-23 avec l'aide de la fondation Jules Klaus, de Zurich. Son travail fut alors d'étudier les 1.050 éléments de deux arbres généalogiques, ceux des familles B... et F... en les envisageant situés dans leur milieu quotidien et non dans l'atmosphère artificielle d'un hôpital ou d'une consultation.

(1) Beresniack, 1952.

Alors que la famille F... avait, à son origine, un aliéné schizophréne, la racine de la famille B..., remontant à sept générations, était un épileptique avéré.

C'est en 1923, que Mme Minkowska mit en évidence dans la famille B... la constitution épileptoïde qu'elle caractérise par ses deux pôles : l'adhésif et l'explosif.

Si, sur les 328 individus de la famille, il n'y a que 25 malades, la constitution apparaît aussi bien chez les autres sujets. Fait plus intéressant encore, elle est le propre de la famille elle-même considérée comme une personne. N'hésitant pas à renverser la donnée classique du conditionnement social de l'individu, Mme Minkowska montre comment c'est l'individu, au contraire qui, dans la ligne de sa famille crée sa propre ambiance, sa propre place dans la collectivité. L'opposant au caractère dissocié, désintégré, dispersé, de la famille F..., elle nous montre l'attachement au sol et à l'unité de la famille B... Cultivateurs pour la plupart, tenant à leur sol, à leur tradition, les membres de cette dernière, font preuve d'une fidélité particulière aux idées d'ordre moral et religieux.

Envisagés de façon individuelle, ils ajoutent à cette conscience accentuée de leur unité familiale, à cette immutabilité des principes, une véritable concentration permanente de leur personnalité. Leur sociabilité tenace reflète le caractère minutieux de leur vie et sentencieux de leur langage. Leur affectivité visqueuse les fait non pas vibrer harmonieusement avec l'ambiance, comme le syntone Bleulerien, mais « s'attacher avec amour aux objets, aux détails, aux groupements plus qu'aux personnes isolées ».

Cette sorte d'impuissance à dégager l'essentiel du concret qu'ils perçoivent place ces épileptoïdes encore appelés glyschroïdes, dans un véritable état de stase d'où ils ne peuvent émerger que par des manifestations explosives.

Nous retrouvons bien dans ces caractères ceux que nous avions déjà rencontrés dans les descriptions de Wallon et de Gilbert Robin. Il est troublant qu'ainsi, des épileptiques avé-

rés, des enfants dont leur famille se préoccupe, et enfin des cultivateurs suisses vivant assez paisiblement dans leur village aient pu faire l'objet de tels rapprochements. Nous verrons à la fin de cette étude, comment on peut espérer trouver l'homogénéité d'un tel ensemble. Nous voudrions envisager maintenant en quoi consiste actuellement la notion d'épileptoïdie issue de ce triple courant.

DESCRIPTION DE L'EPILEPTOIDIE

L'épileptoïde est défini dans le vocabulaire de psychologie publié par l'Association des Travailleurs scientifiques, sous la direction du Professeur Pierron, comme : « un individu ayant une tendance aux réactions impulsives irascibles parfois violentes et une mauvaise adaption sociale ».

L'origine du terme peut être trouvé dans la contiguïté qui existe, comme nous le préciserons à la fin de ce chapitre, entre l'ordre de faits qu'il caractérise et l'épilepsie. En effet, des individus épileptiques et épileptoïdes voisinent dans la lignée d'une même famille. D'autre part, des manifestations franchement épileptiques peuvent survenir chez des épileptoïdes de longue date. Enfin, entre leurs crises, les épileptiques peuvent présenter une mentalité proche de l'épileptoïdie.

Pratiquement, on considère comme épileptoïde tout sujet se présentant de façon analogue au tableau que nous allons esquisser. Il reste, ensuite, à préciser ce diagnostic à l'aide de caractéristiques trouvées à l'E.E.G. et à divers tests. On s'efforce également de mettre en évidence, soit dans l'hérédité, soit dans l'anamnèse du sujet des faits significatifs d'une atteinte épileptique.

Nous allons esquisser maintenant le biotype de l'épileptoïde. Nous ne nous cachons pas le caractère un peu artificiel d'un tel portrait. C'est pourtant par le seul rapprochement avec cette image idéale que peut être soupçonnée l'épileptoïdie.

Nous étudierons ensuite les moyens d'étude complémentaires dont nous disposons pour affirmer notre diagnostic.

Nous préciserons, enfin, la place qui doit être réservée à l'épileptoïdie par rapport à l'épilepsie.

D'aspect souvent fermé, l'épileptoïde manifeste dans sa physionomie, dans son habitus comme une force contenue. Assez lent dans ses gestes habituels, il traîne à la tâche. Appliqué à ce qu'il fait, on ressent à le voir travailler comme une sorte d'impuissance désespérée et qui s'acharne. Va-t-il à l'école, il est vite relégué au fond de la classe avec ceux qui n'arrivent jamais à suivre, à comprendre. Revenu à la maison, chacun s'énerve autour de lui à le voir demeurer de longs moments sur une tâche « à priori » facile, comme sur un jeu dont tout autre se lasserait. Et pourtant, ce débile apparent, si on lui laisse le temps de poursuivre son effort, est capable de bons devoirs. Placé devant un test de durée libre, il obtiendra le plus souvent des résultats satisfaisants. Son travail laborieux, son effort considérable se montrent efficaces. « Il fait preuve d'une activité lente mais coordonnée » (X. Abely).

Mais, vienne la récréation, ou parfois même avant, il va, bousculant tous ses camarades se montrer d'une turbulence insolente. Lourdement, d'ailleurs, sans l'agilité presque simiesque de l'instable, il va déranger tous les jeux. Qu'un camarade se mette en travers de sa route, le voilà qui entame la bataille. Brutal, il renverse qui s'oppose. Parfois, tout aussi bien, au milieu de la stupeur générale, une colère le prend, inexplicable. Griffant, jetant et cassant tout, le plus souvent sans pleurs, il va durant quelques instants détruire ou abîmer ce qui l'entoure, sans craindre de se faire mal. Puis hébéhé, épuisé, il s'arrête.

D'autres moments le verront rêveur en apparence, le regard vide, laisser des questions sans réponse. Obnubilé sans être ému, figé sans absence véritable, il semble ne rien trouver à dire. Ou bien, au lieu de répondre, il reprend en écho les termes mêmes de son interlocuteur. Distrait, il saute un mot, parfois une phrase au cours des dictées. Il rentre chez lui ayant oublié plumier, cartable ou tablier, et ne pouvant se rappeler où il les a laissés.

Vis-à-vis de son entourage, il fait preuve d'un attachement fatiguant. Une affectivité visqueuse empreinte même

parfois d'obséquiosité l'englue littéralement dans sa famille. Il excède les uns et les autres de ses « câlineries ». Mais un amour aussi tyrannique s'adresse tout aussi bien au cadre matériel de son existence. Très sensible à l'ordre, il refuse obstinément tout changement dans ses habitudes de vie. Il est vrai qu'assez oppositionnel, il refuse facilement beaucoup de choses et que « non » lui est une réponse familière. Du reste, son entêtement ne laisse pas de place à l'élasticité dans les rapports qu'il entretient avec autrui. Plus souvent morose et grognon que souriant et détendu, il se plaint de tout et même de sa santé.

La journée se passe ainsi dans une atmosphère de pesanteur maussade coupée, parfois, de manifestations au caractère explosif. Enfin, quand tombe la nuit, un sommeil entrecoupé de cauchemars ou de terreurs sera souvent le temps d'une déplaisante énurésie.

En résumé, l'épileptoïde placé entre deux pôles opposés de sa personnalité : la viscosité d'une part, l'impulsivité de l'autre, nous apparaît comme essentiellement caractérisé par :

Au point de vue intellectuel : un niveau mental variable, de la bradypsychie, une attention souvent en défaut, ce dernier caractère allant jusqu'à l'obnubilation.

Au point de vue affectif : un attachement profond et exigeant à tout ce qui l'entoure, mais plus coloré d'ordre que d'amour.

Au point de vue thymique : un pessimisme maussade avec tendance à l'hypochondrie.

Au point de vue caractériel : une turbulence lourde, des colères impulsives et brutales, un entêtement souvent négativiste.

A ces traits peuvent s'ajouter : du somnambulisme, de l'énurésie, de petites fugues.

Ainsi, nous disposons d'une sorte de tableau clinique dont le rapprochement avec l'image vivante d'un enfant amené à la consultation, va nous poser la question : s'agit-il d'un

épileptoïde ? Question nosographique, certes, mais dont le retentissement thérapeutique fait toute la gravité.

Pour nous aider à en décider, diverses méthodes sont à notre disposition.

En premier lieu, l'électroencéphalographie.

Comme le dit le Professeur Delay, dans un article sur l'épilepsie psychique et l'EEG (« Encéphale », n° 5, 1949) : « En présence de symptômes qui ne sont pas suffisamment caractéristiques, un tracé d'épilepsie tranchera la question, permettra la classification de la maladie et son traitement ».

Mais qu'entend-on, au juste, par tracé d'épilepsie ? Dans ce même article, le Professeur Delay présente comme critère généralement admis : d'une part, les complexes pointe-onde, d'autre part, les bouffées sinusoïdales hypersyncrones et de basse fréquence (3 à 4 c/s). Notons qu'à côté de ces deux manifestations pathognomoniques de l'épilepsie, de nombreuses dysrythmies plus ou moins complexes, dont nous ne saurions envisager la description, peuvent, sans nous donner une certitude, justifier au moins un traitement d'épreuve.

Au point de vue de la localisation des manifestations caractéristiques, il existe, certes, des dysrythmies diffuses généralisées mais deux localisations prédominent par ailleurs.

D'une part, Delay nous dit : chez les enfants présentant des troubles du comportement et des altérations électroencéphalographiques de comitialité, ces altérations sont très souvent occipitales.

D'autre part, Alliez (1) dans un article sur lequel nous serons amenés à revenir dans la quatrième partie de ce travail, nous dit : « Si nous considérons l'activité bioélectrique habituelle aux malades dits temporaux (2) nous rencontrerons de plus en plus fréquemment, ces anomalies permanentes. Il

(1) Epilepsie psychique et lobe temporal. Evolution psychiatrique. I, 1952.

(2) Cette activité est caractérisée, d'après les travaux de Gastaut en particulier, par des anomalies constantes dans les tracés de repos : anomalies constituées par des pointes négatives, soit rapides soit lentes, ou encore associées à une onde lente et des rythmes théta ou delta.

s'agirait de sujets ne présentant pas de crises épileptiques franches ou nettes, mais réalisant des tableaux cliniques où s'associent les troubles de la personnalité, les perturbations caractérielles, l'irritabilité, l'inadaptabilité et les décharges explosives plus ou moins motivées qui n'ont que de vagues liens de ressemblance avec l'épilepsie psychique sensu stricto » (p. 34).

Nous devons signaler que parmi les enfants examinés au Centre et suspectés d'épileptoïdie, nous avons constaté une prédominance nette de manifestations temporales.

Ainsi, l'EEG peut nous apporter la confirmation précieuse d'un diagnostic cliniquement établi.

Mais en restant sur ce plan clinique, nous voudrions envisager maintenant, deux épreuves particulièrement fécondes en présence de ces sujets.

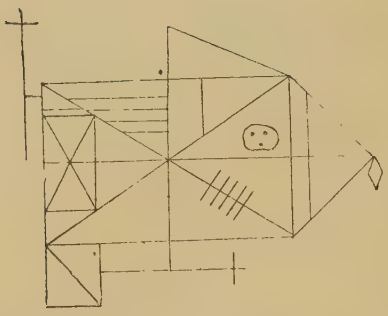
Tout d'abord le test de la figure complexe de Rey.

Nous avons réuni ci-contre pour des commodités d'impression quelques spécimens caractéristiques de reproductions par des épileptoïdes.

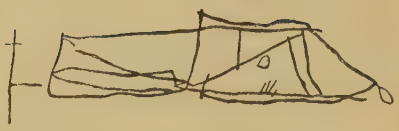
Dans ce test on demande au sujet, d'abord, de copier, ensuite de reproduire de mémoire la figure considérée. Il doit utiliser pour son dessin un crayon de couleur différente toute les vingt secondes. Ceci permet de suivre le schème utilisé pour la reconstruction de la figure. Chez l'épileptoïde, il est spécialement caractéristique que les éléments soient reproduits sans le lien logique qui les unit dans le modèle, et ce, même à la copie. Tout se passe comme si le sujet n'ayant pas perçu la loi structurale de l'ensemble ne pouvait réunir utilement ses perceptions fragmentaires. Nous verrons dans notre quatrième chapitre, tout l'intérêt spéculatif, d'un tel fait.

L'autre test auquel nous faisons allusion est le test de Rorschach.

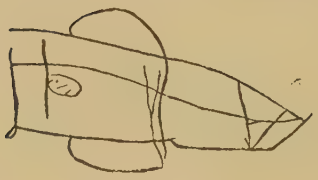
Sans entrer dans les détails de son utilisation qui se vivent d'ailleurs plus qu'ils ne s'expriment, nous voudrions indiquer ici, dans quel esprit ce test est utilisé actuellement au moins en ce qui concerne les épileptoïdes.



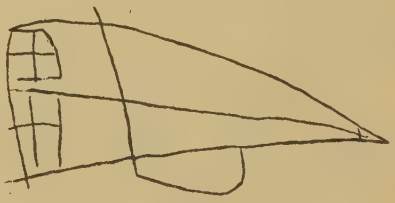
Dessin normal de la figure.



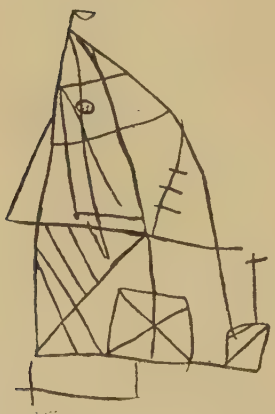
N° 1. N... Anne-Marie, 6 ans 1 mois.
Q.I. : 108.
(Copie)



N° 2. G... Danielle, 7 ans.
Q.I. : 0,78.
(Copie)



N° 3. G... Danielle, 7 ans.
Q.I. : 0,78.
(de mémoire)



N° 4. G... Maurice, 10 ans 4 mois.
Q.II. : 0,74.
(Copie)

N° 5. G... Maurice, 10 ans 4 mois.
Q.II. : 0,74.
(de mémoire)

Le déroulement de l'épreuve constitue avant tout une sorte de situation clinique privilégiée. L'être est placé devant un matériel plastique et inorganisé face auquel il va se comporter comme dans la vie. Il nous livre là, sa façon d'appréhender le réel, de lui donner la structure caractéristique de chacun.

S'il est vrai que « mon univers me renvoie mon image » (1), les planches du Rorschach constituent un miroir sur lequel on peut être deux à lire.

Ainsi, ce n'est pas tellement dans le contenu des réponses, intéressant à d'autres points de vue, que nous trouverons une face de celui qui est l'objet de notre attention. C'est avant tout dans sa perception formelle, dans son attitude à l'égard du test, dans son langage même.

Rorschach écrivait : « Les problèmes qui se posent en premier lieu sont ceux des principes formels du processus de la perception. C'est seulement en second lieu que le contenu des interprétations doit être considéré.

C'est sur cette phrase sans ambiguïté que Mme Minkowska a basé son retour à un : « Rorschach clinique, formel et humain » (« Annales médico-psychologiques », juillet 1950).

Elle cherche essentiellement à retrouver dans la situation d'étude favorable que constitue le passage du test, les caractères du type sensoriel de l'épileptoïde.

Il voit le monde en mouvement et en images ? Son test présentera des kinestésies et les couleurs créeront chez lui des chocs.

Il vit dans le concret ? Pourquoi s'élèverait-il devant les planches à des abstractions comme le schizoïde ou le rationnel.

Il adhère à la situation ? Aussi, ne quitte-t-il pas des mains les planches, pas non plus des yeux sa vision quand il oriente diversement son substrat.

Il veut tout lier ? Son langage le montrera bien qui relie

---

(1) Guillaume, Psychologie de la forme, p. 141.

ses réponses par des verbes, au mépris souvent de toute logique.

Nous espérons avoir par ces quelques exemples montré comment à la suite de Mme Minkowska, doit être considéré le Rorschach au moins dans l'examen des épileptoïdes.

Il ne faut pas espérer trouver dans des pourcentages la formule-clé qui nous livre le diagnostic. Nous ne croyons pas d'ailleurs, que soit restreinte par là sa portée Il reprend, au contraire, une valeur nouvelle en tant que « méthode adjuvante de la clinique » (Minkowski, p 2, « Bulletin du groupement français du Rorschach », n° 2, 1952)

Voici donc trois méthodes qui venant ajouter leurs résultats à l'hypothèse clinique du médecin, entraîneront la catégorisation de tel sujet comme épileptoïde. Mais ce terme éthymologiquement signifie de forme épileptique. Veut-on dire par là, qu'il n'en a que la forme ou bien qu'il en est proche ou encore qu'il en représente justement une forme ? Ce problème sur le plan clinique, se résume simplement. S'agit-il d'une forme fruste d'épilepsie psychique concordant avec la mentalité des épileptiques entre leurs crises ? Les opinions à ce sujet, divergent.

Mais le dilemme devient plus grave quand on envisage l'électroencéphalographie. Nous laisserons M. le Professeur Delay nous dire toute son ampleur : « Si l'on considère comme réellement pathognomonique les signes dont nous avons parlé, complexes pointe-onde et bouffées hypersynchrones, le cadre de l'épilepsie va s'élargir considérablement en psychiatrie, les plus petits symptômes vont être remis en question et même devant une absence totale de signes cliniques (si une telle supposition est possible) le diagnostic d'épilepsie pourra être porté... Si au contraire on néglige la spécificité de ces signes et si l'on suppose qu'ils peuvent survenir ailleurs que dans l'épilepsie c'est la notion de la traduction électrique de l'épilepsie ou la définition même de l'épilepsie qui devront être revi-

sées. Il n'est pas possible actuellement de choisir entre ces deux voies ».

Nous verrons dans nos conclusions que si ce dilemme ne peut être résolu, il peut, par contre, être évité.

« C'est sous le signe du ET que s'est déroulée toute ma recherche », disait Mme Minkowska dans la dernière œuvre de sa vie (« A la recherche du monde des formes », Baresniack). Nous croyons qu'ici aussi un tel point de vue peut être fécond ; au lieu de chercher des barrières entre deux entités de nature différente, il vaut mieux leur trouver des liens de plan à plan.

OBSERVATIONS

Observation I

S... Bernard, né le 31 août 1942.

Envoyé à la consultation le 15 mai 1952 par son instituteur, pour retard scolaire.

Le milieu : bonnes conditions d'habitation : appartement de six pièces où il vit avec sa mère et trois de ses cinq frères et sœurs, les deux autres étant mariés. Le père est décédé en 1949 des suites d'une néphrite; il était contremaître dans une régie d'Etat.

L'enquête de l'assistante sociale conclut à : « Famille très bien organisée, mère très entendue pour tenir sa maison qui est impeccable et s'occuper de ses enfants. Sait faire face aux besoins de son foyer malgré une situation pécuniaire assez difficile ».

Antécédents héréditaires et collatéraux : rien à retenir au point de vue médical pour notre observation. Signalons seulement, que la mère, très irritable, s'est toujours « emportée facilement » de son avis même.

L'enfant :

1°) Anamnèse : venue au monde et développement normal. Nous retiendrons seulement que, pendant les deux premières années de sa vie, il pleurait et criait fréquemment (nuit et jour, dit la mère) et que son sommeil était agité. Il n'a présenté comme maladies que la rougeole et les oreillons sans complication.

2°) Actuellement : a) Comportement familial : distrait, rêveur, instable mais affectueux et sensible, il donne plus de mal que ses frères et sœurs. Sa mère n'arrive pas à le comprendre « très câlin, dit-elle, il y a des moments où je ne peux plus le supporter ».

b) Comportement en colonie de vacances : il s'adapte mal et donne lieu à l'observation : « Mauvais élément, sale bagarreur, à surveiller ».

c) Comportement scolaire : redouble le cours moyen 2e année.

Du rapport de l'instituteur, nous retiendrons que : il ne peut surmonter une instabilité qui lui ôte même la possibilité de faire un devoir correct de copie. Il présente de l'aversion pour tout ce qui exige de l'attention. Il est sujet à de profondes rêveries qui « l'absentent » (sic) de la classe. Enfin, taquin avec ses camarades, il a de violents accès de colère.

d) Examen médical : ne décèle aucune anomalie. Une croissance rapide lui donne seulement un aspect longiligne.

e) Examen psychologique :

1. — Termann : A.P. : 9,9; A.B. : 7; A.M. : 8,8; Q.I. : 0,88.

Observations : nervosité pendant l'épreuve, caractères de perfectibilité.

2. — Rey : oubli de plusieurs éléments, d'autres sont mal placés.

3. — Gribouillage : graphisme appuyé et stéréotypé effaçant le nom.

4. — Duss : la mort du père et le problème commençant de la sexualité semblent les deux seuls éléments de perturbation.

5. — Rorschach : (voir *in fine*).

Commentaires : personnalité harmonique extra-tensive mais dont le Tri II est paradoxalement moins dilaté que le Tri I.

Les visions globales peu nombreuses sont cependant caractéristiques. Elles sont l'aboutissement d'un processus d'agglomération de détail (Pl. 3). L'impulsivité se manifeste dans les motivations par C pur touchant des contenus élémentaires du type : feu, sang. Le lien dans les réponses se manifeste de façon exemplaire aux pl. 1, 2, 3, 10 (réponses en italiques) soit dans le langage soit dans les kinestésies particulières, soit enfin, dans le rapprochement illogique de deux termes (Pl. 10). Le pourcentage de F + faible est en rapport avec les stéréotypies aussi bien directement visibles (carte de France) que de thèmes (tête).

f) Examen E.E.G. : (compte rendu du Centre de neuro-biologie) :

Le caractère pathologique dominant et la grande onde sinusoïdale monorythmique et la pointe-onde atypique (assez rare) à 3,5 c/s et 200 à 300 mv. survenant dans toutes les dérivations en synchronie bilatérale sans prédominance par bouffées rythmiques ou erratiquement.

En résumé :

Nous retrouvons chez ce sujet une débilité plus apparente que réelle, une instabilité impulsive et une viscosité qui se manifestent tant dans le comportement que dans les examens complémentaires. La confirmation apportée par l'E.E.G. entraîne le diagnostic d'épileptoïdie.

Evolution :

Traité d'abord pendant deux mois avec un comprimé d'Orténal le matin et un comprimé de Dihydan à midi, le sujet suit maintenant une thérapeutique comportant : Glutaminol, Calcibronat et un comprimé à 0,05 d'Alépsal le soir. Une amélioration très nette a pu être constatée tant par la mère que par l'instituteur. Cet enfant sera revu en janvier tant au point de vue psychologique que E.E.Gique. Si l'amélioration est confirmée, une cure libre de psychothérapie d'adaptation pourra la compléter.

Additif : texte de Rorschach.

PLANCHE I.

Des oiseaux	D	F +	A
Une grenouille	Dm	F +	A
Un chat	Dd	F	A
Un bonhomme, il est monté sur les rocs	Dm	F (C)	H
Un masque	Dbl	F —	Ob
C'est dur ça			
Des mandibules	Dd	F	Ad
C'est pas des têtes d'homme ou de femme ?	Dd	F	Hd
Ça on dirait la carte de France	Db	F —	Géo
De l'autre côté c'est pareil			
Une tête de coq	Dd	F +	Ad

PLANCHE II.

Ça on dirait du feu	D	C	Feu
Une poule il y en a peut-être deux, oui	D	F +	A
Qu'est-ce que ça représente ça ?			
Une tête de moineau	Dd	F	Ad
Comme du sang là. Il vient peut-être quand la poule brûle	D	C	Sang
Qu'est-ce que ça pourrait être ?			

Peut-être une hirondelle	Dd	F —	A
Ça on dirait une tête de cheval	Dd	F	Ad
Là recommence la carte de France	D	F	Géo

PLANCHE III.

Ça encore du feu ou du sang	D	C	Feu
Ça c'est pas des têtes de squelettes, des pattes de squelettes, des mains de squelettes ? Là on dirait le cœur (du squelette)	G	F	Anat.
C'est pas un poisson ça ?	D	F +	A
C'est pas un rocher ça ?	Dd	F (C)	Roc
Qu'est-ce que je pourrais bien voir là ? Un cheval	D	F —	A
Une tête de bonhomme	D	F +	Hd

PLANCHE IV.

Comme un escargot	D	F +	A
Des cornes (d'un bœuf)	D	F +	Ad
Ça représente pas la montagne ?	Dd	F (C)	Montagne
Ça me semble une tête de carpe	Dm	F	Ad

PLANCHE V.

Un peu un papillon. Il n'y a pas que du papillon là-dedans ? Il me semble qu'il n'y a que le papillon	G	F +	A

PLANCHE VI.

Comme une mouche	Dm	F	A
Là on dirait des œufs	Ddm	F +	Obj.
Une toute petite corne	Dd	F	Ad
Les autres ça reforme la carte de France	D	F —	Géo
Ça, ça représente des veines	Dbl	F (C)	Anat.

PLANCHE VII.

On dirait un peu des têtes de femmes qui sont un peu méchantes, hou ! qui se disputent, qui sont chez elles et font leur cuisine	D	K	Hd

Là des queues	Do	F	Ad
Un papillon	D	F +	A
Des chiens, on dirait qu'ils se courent après les autres	D	FK	A

Planche VIII.

3 papillons	D	F +	A
Des chats	D	F +	A

Planche IX.

Une tête d'homme ou un homme en entier comme le roi des jeux de carte	D	F +	H
Comme une croix	Dm	F +	Croix
Une tête de cerf	Di	F +	Ad
Là des rocs	Dd	FC F (C)	Roc
Deux têtes de cerfs (idem que ci-dessus)			
Ça, c'est pas des jets d'eau ? et ça des montagnes et ça le ciel ?	G	CF (C) F k	Scène
Une autre tête là et puis ses mains (idem que la première réponse)			

Planche X.

Là comme la Corse	D	F +	Géo
Là comme un arbre	Ddm	F +	Plante
Comme des hommes qui sont sur des rocs et qui se tiennent avec là le ciel	DDbl	FC F(C) FK	Scène
Là un chat	D	F	A
Là la mer jaune (à l'enquête reprend l'expression sans pouvoir se l'expliquer)	D	CF	Géo
Là comme une tête de rat	Dd	F	Ad
Là des os	D	F +	Anat.
Ici comme le rognon et l'autre là aussi	D	F —	Anat.
Comme des araignées là	Dm	F	A
Ça on dirait une noisette, deux noisettes	Dd	F	Plante

Formules :

G : 3; D : 23; Dm : 7; Do : 1; Dd : 16; Dbl : 3.
F : 40; F + : 27; C : 3; CF : 2; FC : 2; F (C) : 8.

K : 2; FK : 1; k : 1.
H : 2; Hd : 3; A : 16; Ad : 10; Div. : 22.
T.R.I. I : 2/7,5; T.R.I. II : 2/4; T.R.I. III : 17/53 : 30 %.
R : 53; T : 19.

OBSERVATION II

N... Marc, né le 9 juin 1941.

Envoyé à la consultation le 11 janvier 1951 par la directrice de son école, pour retard scolaire.

Le milieu : dans un appartement petit et mal conditionné (deux pièces seulement ont une fenêtre) vivent Marc, son frère, sa mère et sa grand-mère. Le père est mort en 1944, fusillé par les Allemands.

Antécédents héréditaires et collatéraux : nous retenons chez la mère un petit angiome frontal et de l'éthylisme chez les grands-parents maternels.

L'enfant :

1°) Anamnèse : venu au monde normalement, nous retiendrons qu'il a été traité à trois ans pour rachitisme et qu'il est resté énurétique jusqu'à sept ans. Son sommeil a toujours été caractérisé par une transpiration abondante. Depuis plusieurs années, tremblement des mains, modification par moment du regard. Le séjour dans une salle de cinéma entraîne un état de pâleur avec sensation de froid et tendance syncopale. Il a déjà redoublé 11e et 12e.

2°) Actuellement :

a) Comportement familial : turbulent mais très affectueux, il présente des crises d'énervement caractérisé par une sorte de crispation de l'attitude avec pâleur.

b) Comportement scolaire : le travail est très pénible. Manque d'attention, un effort certain se montre sans rendement.

c) Examen médical : strabisme divergent, rien à signaler par ailleurs.

d) Examen psychologique :

1. — Echelle de Yerkes : A.P. : 9,11; A.M. : 9,5; Q.I. : 0,94.

2. — Rorschach : (voir *in fine*).

Commentaires : ici, la description étroite des planches est très particulière. Les rares réponses sont stéréotypées et cons-

truites suivant le mode spécial de G que nous avons déjà relevé dans la première observation.

Un tel test est nettement anormal chez un enfant de dix ans, pourvu d'un Q.I. de 0,94. Replacé dans son contexte clinique, il fait évoquer l'organicité.

e) Examen E.E.G. : rythme alpha de 10 c/s et de 90 à 110 mv. (donc de haute amplitude), plus marqué à droite qu'à gauche, ce qui est normal, irrégulier en fréquence et surtout en amplitude. Disrythmie diffuse, faîte d'ondes Delta et Théta en très grande proportion et d'ondes rapides de 15 à 20 c/s d'assez haute amplitude. Très grande sensibilité à l'hyperpnée, les potentiels passant de 100 à 150 mv. dès la vingtième seconde d'hyperpnée et le tracé se couvrant d'ondes de 3 à 4 c/s sinusoïdales ou sharps pendant le reste de l'hyperpnée. Le rythme rapide est plus marqué en temporale droite qu'en temporale gauche, tandis que ce rythme, avec le rythme delta prédomine en frontale gauche. Le rythme rapide survient par spindles de 15 à 20 c/s.

En résumé, anomalies diffuses du type dysrythmie lente et rapide associées.

En résumé : l'énurésie et les troubles neuro-végétatifs associés au type de comportement de l'enfant font poser le diagnostic d'épileptoïdie confirmée par le Rorschach et l'E.E.G.

Evolution : un traitement avec un comprimé de Mélantoïne le matin et à midi et un comprimé d'Alepsal le soir, amène une amélioration clinique nette. En juillet 1952, la mère interrompt le traitement et trois semaines après inquiétée par la reprise des troubles préalables amène l'enfant à la consultation. Un Behn-Rorschach de contrôle est alors pratiqué. Nous ne reproduisons *in fine* que la première planche, l'ensemble du test étant de caractère identique. Il n'existe visiblement aucune amélioration par rapport au premier. L'enfant reprend alors le même traitement sans interruption jusqu'en décembre. A ce moment, un rapport de l'institutrice indique une nette amélioration : l'attention est plus facilement soutenue et l'enfant ne donne plus la même impression d'effort en faisant son travail. La mère, par ailleurs, signale qu'il n'a plus de transpiration pendant son sommeil, qu'il a bien supporté deux séances de cinéma et qu'il se montre moins turbulent. Persistent seulement quelques crises de colère. Un troisième Rorschach est alors pratiqué (voir *in fine*). L'enfant y garde

le même type de vision mais il ne se laisse plus entraîner par lui de la même façon : les stéréotypies sont moins manifestes, les descriptions moins prolongées; il y a plus de réponses valables.

Un deuxième E.E.G. est également pratiqué (diminution de l'activité rapide, diminution de l'importance de l'activité Delta, présence de Sharps mais cette fois Théta et localisés en temporales droite et gauche. Enfin, on trouve une activité beaucoup plus régulière et aussi plus « rythmique » les dérivations gauches se sont améliorées davantage que les droites).

Ainsi l'amélioration sous l'influence de six mois de traitement est nette sur les trois plans : clinique, Rorschach, E.E.G.

Planche I.

On dirait une bête, il y a des ailes, il y a une queue, il y a une tâche blanche, il y a deux pattes, il y a une raie, il y a une bouche, il y a des taches blanches, il y a des petits points à côté.

Planche II.

Le bec, le cou, les ailes, de l'oiseau. Il y a des petits points blancs et puis je vois des plumes rouges avec des traits. C'est un oiseau et puis entre il y a deux traits et puis çà c'est du rouge. Il y a deux oreilles de chaque côté là et puis deux pinces et les deux petites pattes de l'oiseau là.

Planche III.

Il y a deux bêtes. Elle a des yeux, des bras ça c'est ses jambes. Au milieu il y a une autre bête noire avec une tache blanche et une petite queue.

Un pont.

Et puis là c'est rouge, il y a une route avec un village.

Des traits sur l'image et deux points blancs. Ces pointus là et puis c'est noir avec des petits creux.

Planche IV.

Un genre de sanglier, sa bouche, ses deux oreilles, il a des yeux sur le côté, on dirait qu'il a des ailes.

Des traits, des creux, c'est noir, c'est gris, etc.

Planche V.

Un oiseau avec des ailes noires et puis une raie au milieu avec une bouche, deux yeux et des traits de chaque côté.
Des creux, des traits, etc.

Planche VI.

Encore un oiseau avec une raie au milieu et puis des plumes avec des traits, des yeux et puis une bouche.

Planche VII.

Un oiseau avec deux petites ailes là et puis deux autres petites ailes là aussi.
Et puis il y a des creux, des traits, etc.

Planche VIII.

Il y a deux chiens et un oiseau avec un trait gris et puis c'est vert, rouge, jaune, rose. Il a un bec, des yeux, deux oreilles avec des traits dessus.
Et puis là il y a un trait rouge, deux traits verts, etc.

Planche IX.

Il y a un oiseau avec des ailes vertes.
C'est creux et puis il y a des points blancs et puis c'est rouge et puis il y a sa bouche, etc.

Planche X.

Tout çà c'est un oiseau.
Même type de description que dans les planches précédentes.

Texte de la planche I du 2e Rorschach (Behn).

Deux grosses taches blanches et je vois deux petits points là il y a un trait au milieu noir et je vois un trait blanc là.
C'est blanc là, ça c'est un trait gris avec du noir, des taches noires des points noirs, comme deux pattes grises là et puis on dirait deux bouches grises, je vois des petits traits gris et noirs et je vois comme deux oreilles grises, je vois quatre traits et un gros trait au milieu.

Texte du 3e Rorschach.

PLANCHE I.

Un oiseau.
Des points blancs comme des pinces de crabes.

PLANCHE II.

Des taches rouges.
Un oiseau gris et rouge avec un bec et deux grandes barres rouges.

PLANCHE III.

Comme un ruban rouge.
Deux têtes ici, des jambes, comme des bras ici, je vois des traits là et des pieds aussi là.

PLANCHE IV.

C'est noir et gris, un grand animal avec deux yeux de chaque côté comme des ailes aussi et deux petites pattes derrière.

PLANCHE V.

Deux grandes ailes, un bec, comme deux pinces derrière, quatre traits de chaque côté, c'est une chauve-souris.

PLANCHE VI.

Une petite tête là-devant, deux moustaches, des traits, des petites plumes.

PLANCHE VII.

C'est noir et gris, il y a des traits, ici c'est gris.
Peut-être un animal.

PLANCHE VIII.

C'est rose de chaque côté, avec une queue et des pattes.
C'est des animaux.
Ici c'est bleu, vert, rose, etc.

PLANCHE IX.

C'est 'rose, vert, orange, rouge, bleu, gris, marron.
Il y a comme deux pinces là derrière.

PLANCHE X.

C'est vert là, il y a comme deux pinces, comme un tuyau ici aussi. L'orange on dirait des cerises.

OBSERVATION III

T... Joël, né le 8 juillet 1937.

Envoyé à la consultation le 1er janvier 1951 par l'instituteur pour retard scolaire et absences ?

Le milieu : le père plâtrier, la mère et les trois enfants dont Joël est l'aîné, vivent dans un logement convenable à la campagne.

Antécédents héréditaires et collatéraux : un fils du frère aîné de la mère, serait idiot.

L'enfant :

1°) Anamnèse : pendant la grossesse la mère a eu de fréquentes syncopes. L'enfant est né asphyxié. Son développement par la suite a été normal. Mais à l'âge de six ans, l'enfant commence à présenter des absences assez particulières sous forme de « revival oniroïde ».

Depuis l'âge de cinq ans, l'enfant allait à l'école où il a au début, appris normalement à lire. Mais depuis, d'année en année, sa difficulté à suivre la classe s'est fait plus grave.

A douze ans, l'enfant aurait présenté des troubles parétiques du membre supérieur droit qui ont regressés seuls.

2°) Actuellement :

a) Comportement familial : caractérisé par du puérilisme, de fréquentes crises de rire immotivées, un onanisme important. Par ailleurs, il a de nombreuses distractions et oublis. Par moment, il revit comme dans un rêve éveillé des situations passées.

b) Comportement scolaire : en retard de trois classes, il suit à peu près celle dans laquelle il se trouve. Il est surtout distrait et inefficace dans son travail.

c) Examen médical : déviation de la cloison nasale suite d'une chute sur la face à l'âge de deux ans.

d) Examen psychologique :

1. — Terman A.P. : 13; A.B. : 9; A.M. : 9,10; Q.I. : 0,71. Débilité légère homogène.

2. — Matrices Penrose-Raven : 14 réponses percentile 90. Confirme le résultat du Termann.

3. — Rorschach (voir *in fine*).

Commentaires : tout l'intérêt de ce test réside dans la forme absolument remarquable de l'expression (spécialement planches III, VIII et X. Quand il ne s'agit pas d'une scène aussi bizarrement décrite, l'enfant se sert de la première inspiration qui lui est donnée pour persévérer ensuite sur ce thème (pl. I). La pl. X constitue un bon exemple de la façon dont l'attachement trop élémentaire au concret (rose de l'écrevisse) aboutit à une vision inadéquate de la réailté, surtout quand, comme chez ce sujet, une intelligence trop faible ne peut exercer son contrôle.

e) Examen E.E.G. : rythme alpha instable de 10 c/s et de 60 mv. Anomalie dominante : onde à pente raide rapide associée à du rythme delta de 2 c/s à 3,5 c/s et pointe-onde de 150 mv. Anomalie bi-temporale. Grande sensibilité à la stimulation lumineuse intermittente.

En résumé : il s'agit d'un sujet débile léger caractérisé par sa distraction et de petites absences chez lequel les antécédents personnels étayent un diagnostic d'épileptoïdie confirmé par l'E.E.G. et le Rorschach.

Evolution : l'enfant suit un traitement avec un comprimé d'Orthénal le matin, un comprimé de Dihydan à midi et un comprimé d'Alepsal à 0,05 le soir.

Revu en juillet 1951, l'attention s'est nettement améliorée; les absences ont disparu mais parallèlement à cette sorte d'éveil de la conscience, le caractère est devenu plus difficile. L'instituteur signale qu'il « entre dans de violentes colères pour des causes futiles ». On remplace alors le Dihydan par deux comprimés de Solantyl.

Revu en novembre 1951, l'enfant a suivi régulièrement son traitement. Il travaille maintenant avec le père. La famille ne se plaint d'aucun trouble du comportement et ne signale aucune manifestation para-épileptique. Son travail est efficace et il est

bien adapté à sa vie. On pratique un Behn-Rorschach de contrôle (voir *in fine*). Ce test pauvre est caractérisé par le pourcentage d'animaux et le pourcentage faible de F +. Il reste un test de petit débile, mais sans les éléments pathologiques du premier.

Additif : texte du 1er *Rorschach.*

PLANCHE I.

Un oiseau, une hirondelle, un chardonneret, un linot.

PLANCHE II.

Une tortue, un crapaud, une grenouille, un crabe, une écrevisse, un canard, un dindon, un criquet.

PLANCHE III.

Deux hommes qui se regardent et qui tiennent quelque chose et puis ils ont leur pattes là et on ne voit pas leurs yeux. Ils trempent quelque chose et on ne voit pas leurs cheveux et on ne voit pas leurs oreilles. Je pense à rien d'autre.

PLANCHE IV.

Un hanneton, une sauterelle, un rongeur, un canard.
Vous l'aviez déjà mis ici Monsieur. (Montre la planche II).
Eh bien vous le remettez là. Un crabe aussi, c'est tout Monsieur.

PLANCHE V.

Un animal de mer, un pinceur, celui qui pince, une bête pinçante.

PLANCHE VI.

Un phoque ici Monsieur, une poule, ici là je vois sa crête rouge, là c'est son jabot, ses ailes là. Un chat apprivoisé, un chien, un lièvre et rien d'autre Monsieur.

PLANCHE VII.

Une bête féroce, une bête piquante, un sanglier, un marcassin parce qu'il a des dents pointues.

Planche VIII.

C'est un Arbre de Noël Monsieur qui est tenu sur quelque chose, sur un fond rouge et que il y a deux renards qui y sont peints et qui s'amusent à se pendre et puis l'arbre commence à se craquer. Il y a rien d'autre Monsieur.

Planche IX.

C'est une petite fumée qui commence à monter là et il y a deux bêtes qui se tiennent là. Sur des branches vertes, elles sont assises les bêtes et les bêtes se regardent les unes et les autres et là il y a une chose rose, c'est le tronc de l'arbre, de l'arbre avec les branches vertes où les bêtes sont assises.

Planche X.

Des écrevisses, je les reconnais parce que ça a la teinte rose, les écrevisses. Il y a la mère avec ses petits, ils vivent dans l'eau. C'est la mère qui les a eus. Là je les vois pas dans l'eau. La mère n'ouvre pas la bouche et puis les petits l'ouvrent. Il y a plus rien Monsieur. Elles nagent toutes les trois.

Texte du 2e Rorschach (Benh).

Planche I.

Ça pourrait représenter un papillon, une mouche volante, une abeille. C'est tout.

Planche II.

Ça c'est un crabe, une fête féroce.

Planche III.

C'est deux hommes. Ça deux grenouilles.

Planche IV.

Une bête qui vit dans l'eau et une bête qui accroche.
Là la coupure d'un crabe.

Planche V.

Un oiseau, un chardonneret, une hirondelle.

Planche VI.

Un crapaud, une bête dangereuse comme un requin, c'est tout.

Planche VII.

Un petit crabe, une écrevisse, c'est tout.

Planche VIII.

Deux oiseaux, deux lézards, deux crabes et deux coquillages.

Planche IX.

Des insectes, un hanneton, c'est tout.

Planche X.

Deux boulets, un papillon, deux petits crabes, deux coquillages.

Observation IV.

P... Maryse, née le 7 septembre 1942.

Examinée à la consultation le 12 janvier 1951, amenée par sa mère pour crainte de déséquilibre mental.

Le milieu : Maryse est la fille de son père et d'une prostituée. Sa mère adoptive a épousé son père quand elle avait 3 ans et le ménage a repris l'enfant qui avait été confiée à l'Assistance Publique. Son père ayant été condamné en 1946 à 25 ans de détention, la mère est en instance de divorce et vit avec un ami. L'enfant ignorerait l'essentiel de cette histoire. Elle vit dans de bonnes conditions matérielles.

Antécédents héréditaires et collatéraux : on ne dispose d'aucun renseignement sur la mère. Le père, alcoolique avéré, a fait des séjours avant la naissance de Maryse dans des services psychiatriques. On retiendra l'existence dans sa famille d'une frère idiot et de deux tantes internées en asile.

L'enfant :

1° Anamnèse : on ne possède pas de renseignements avant 3 ans. Depuis, l'enfant est considérée comme nerveuse, aurait présenté à 4 ans une crise de convulsions et depuis des épisodes de

somnambulisme. La mère signale aussi une « pyromanie » à l'âge de 5 ans. L'enfant est restée énurétique jusqu'à maintenant.

2° Actuellement :

a) Comportement familial : sommeil agité avec énurésie et somnambulisme. Caractère essentiellement instable, plutôt morose. Moments d'obnubilation.

b) Comportement scolaire : l'enfant a un retard scolaire estimé à une classe.

c) Examen médical : rien à signaler.

d) Examen psychologique : échelle de Hyerkes : A.P. : 8,4; A.M. : 8,4: Q.I. : 1.

Déficience relative du raisonnement et de l'analyse.

Rorschach : (voir *in fine*).

Commentaires : ce test est caractéristique essentiellement par le mode de confabulation récessive qui est typique à la pl. II en particulier. Intercalant des réponses descriptives, le sujet revient de moment en moment à des précisions sur sa première vision, témoignant par là qu'elle ne l'a pas réellement quittée. Par ailleurs, des stéréotypies sont manifestes (papillon). Il est également caractéristique que malgré son existence troublée, l'enfant ne révèle pas au Rorschach de problèmes affectifs.

e) Examen E.E.G. : rythme alpha très rare surtout à droite, 8 et 10 c/s et de 30 à 120 mv. Fond du tracé : désorganisation à droite, paroxysmesératiques de pointes à gauche, opposition de phases en rolandique droite en triangulation, ou angulaire (frontale postérieure, rolandique temporale postérieure, de sharps et de pointes, survenant en bouffées rythmiques de 3,5 et 4 et 2 c/s mélangées. Bouffées bilatérales hypersynchrones d'ondes sinusoïdales de 3,5 c/s en bifrontales).

En résumé, foyer temporal droit, comitialité, altération diffuse,

En résumé : il s'agit d'une enfant d'intelligence normale, dont l'hérédité particulièrement chargée et les troubles surtout nocturnes du comportement font penser à l'épileptoïdie, diagnostic confirmé par l'E.E.G. et les caractères du Rorschach.

Evolution : l'enfant placée sous traitement anticomitial n'a jamais été ramenée au Centre.

Additif : texte du Rorschach.

PLANCHE I.

Un papillon, des ailes, une queue de papillon, des petits points, une règle. Il est pas plein le papillon. Il vole parce qu'il a les ailes comme ça. Il a des tâches en dedans noires, au milieu il a une tâche blanche.

PLANCHE II.

Un papillon, en dedans c'est tout blanc. Un serpent, il marche. Deux Messieurs. Ils se tendent la main; ils ont les pieds rouges et puis la tête aussi. On dirait des doigts qu'ils ont là. Il y a des petites tâches là. Ils sont assis. Là c'est tout blanc.

PLANCHE III.

Ce sont deux Messieurs qui attrapent les papillons. Il y en a un qui s'envole au milieu, rouge. Là aussi. Leurs jambes ne tiennent pas. Il y a du blanc entre leur corps (coupant leur corps). Il y a des petites tâches rouges là.

PLANCHE IV.

Un papillon, un gros. Il a les ailes blanches. Il a des pieds. Il est un peu mal fait.

PLANCHE V.

Un autre papillon. Une hirondelle. Elle a des pieds, elle a des cornes, elle a des ailes mal faites parce qu'on dirait que c'est des pieds. Là il y a des petits traits. Il y a une grosse jambe et puis une mince.

PLANCHE VI.

Une feuille. On dirait qu'elle a des ailes. Entre le trait blanc il y a deux taches (coupant le...) Il y a des petites taches là aussi, là il y a des traits.

PLANCHE VII.

Deux petits Messieurs. Ils ont des barrés, on dirait que leur oreille c'est comme si c'était des chiens. Ils ont une patte qui tourne.

Il y a un papillon dessous. Ils sont assis sur les deux ailes du papillon.

Planche VIII.

Une branche. Deux petits loups. Un peu de vert clair, un peu de rouge. Ils montent sur la branche. Entre il y a un trait vert et après rouge.

Planche IX.

Une autre branche. Il y a deux petits Messieurs qui ont un grand doigt et ils font comme ça (montrent). Entre le vert là il y a du blanc et puis de l'autre côté aussi.

Là il y a du rose, on dirait des petits sacs de linge, ils sont attachés là (ensemble).

Planche X.

Deux petits bonshommes ils tiennent un papillon bleu. En haut il y a des petits chiens et il y a deux autres papillons bleus. En bas il y a une tête d'animal, deux oreilles et puis du vert et là du jaune.

Une abeille qui se rebiffe. Deux petits chiens, il y a de l'orange là comme une touche de piano.

Observation V.

R... Jean-Pierre, né le 5 janvier 1937.

Envoyé à la consultation le 15 février 1951 par l'inspecteur primaire pour fugue.

Le milieu : dans un appartement convenable vivent le père, électricien, la mère, femme de ménage et trois des quatre enfants, l'aîné étant marié. Jean-Pierre couche dans la chambre de ses deux sœurs plus jeunes.

Antécédents héréditaires et collatéraux : rien à signaler.

L'enfant :

1° Amnanèse : nous retiendrons que l'accouchement de l'enfant a nécessité l'emploi du forceps. Toute son enfance ne présente rien de notable si ce n'est des céphalées fréquentes.

2° Actuellement :

a) Comportement familial : l'enfant normal et bien adapté a présenté pendant huit jours des céphalées particulièrement intenses qui ont justifié un arrêt de sa scolarité. Lors de la reprise de celle-ci il part le matin en faisant de l'auto-stop et se rend à 60 kilomètres de son lieu d'habitation où il est arrêté par la gendarmerie. La fugue n'est pas amnésique, mais l'enfant ne peut expliquer ni même, semble-t-il, comprendre la raison de son départ.

b) Comportement scolaire : bon élève, studieux et appliqué, bonnes relations avec ses camarades.

c) Examen médical : rien à signaler.

d) Examen psychologique :

1. — Termann : A.P. : 15; A.B. : 16; A.M. : 16,4; Q.I. : 1,17.

2. — Rorschach (voir *in fine*).

Commentaires : ce test pratiquement normal, un peu pauvre cependant pour un garçon intelligent, décèle seulement une personnalité dépressive sans stigmate d'épileptoïdie. Le nombre élevé de réponse-détail, séparées les unes des autres, le type d'appréhension de la planche VI suivi du Do de la planche VII font penser à la dépression légère d'un adolescent aux prises avec les premiers problèmes de la puberté.

e) Examen E.E.G. : haut rythme alpha instable de 10 c/s et de 95 mv. Fond du tracé : nombreux paroxysmes de pointes, pointes-ondes dégradées ératiques. Anomalie de pointes de 120 et 140 mv. avec pointes-ondes en temporale postérieure droite, avec anomalie du côté gauche. Comitialité nette.

En résumé : seul l'E.E.G. est en corrélation avec la fugue et les céphalées de ce jeune garçon. Il semble donc s'agir ici de manifestations para-épileptiques sans que doive être employé le terme d'épileptoïdie. Il reste qu'une observation plus attentive et plus prolongée de ce sujet est nécessaire. Mais nous avons voulu citer ce cas pour montrer comment la synthèse des éléments dont nous disposons peut orienter notre diagnostic, tout aussi bien en limitant le cadre de l'épileptoïdie.

Additif : Texte du Rorschach.

PLANCHE I.

Ça ressemblerait à une espèce de papillon. Une sorte de tête de loup. Deux mains là.

PLANCHE II.

Une tête d'animal, d'un zèbre à cause des raies.
Le corps d'un animal.
Des antennes d'insectes.
Une paire de tenailles.

PLANCHE III.

On dirait deux personnages qui tirent sur un objet.
Deux reins.
Deux têtes de poules.

PLANCHE IV.

La tête d'un animal aplati.
Le cou d'un oiseau avec la tête.
Une tête de chien. On dirait même tout le chien couché là.

PLANCHE V.

Là deux pattes. Une jambe là, un mollet. C'est tout.

PLANCHE VI.

Encore une tête de chien là (Dd).
Des serres d'aigle. (Dd).
Un bec d'oiseau. (Dd).
Une tête de serpent. (Dd).
Une paire de moustaches de chat. (Dd).

PLANCHE VII.

Le corps d'une femme avec sa jupe. (Do).
Une tête là.

PLANCHE VIII.

On dirait un animal qui escalade quelque chose.
Une tête de cagoulard avec deux yeux ici.
Les côtes avec la colonne vertébrale.

PLANCHE IX.

Une tête d'homme.
Une tête de cerf.

Une tête d'oiseau.
Une tête d'homme.

PLANCHE X.

Deux graines de gui.
Deux têtes qui se menacent. On dirait des masques, on dirait qu'ils ont un bâton à la main.
Un animal avec une corne sur la tête.
Une souris dressée.
Une noix.
Une tête d'animal, de hibou.

OBSERVATION VI.

B... Michel, né le 13 janvier 1942.

Envoyé à la consultation le 24 mai 1951 par le Service social de la Préfecture pour tempérament particulièrement sournois et onanisme excessif.

Le milieu : orphelin de père et de mère à l'âge de 5 ans; adopté ainsi que son frère et sa sœur par la sœur de son père et son mari. La famille vit dans un logement convenable avec jardin.

Antécédents héréditaires et collatéraux : on possède peu de renseignements sur les parents de l'enfant. On sait seulement que son père avait un caractère très violent.

L'enfant :

1° Anamnèse : très en retard pour parler et pour marcher, ce sujet est resté énurétique jusqu'à 5 ans. A la mort de son père, il a été placé un an à l'Assistance Publique avant d'être adopté par sa famille actuelle.

2° Actuellement :

a) Comportement familial : essentiellement sournois et menteur; l'enfant affectueux, par ailleurs avec les siens, semble leur « échapper ». Depuis l'âge de 6 ans et demi, un onanisme fréquent (même en classe) a été l'objet de tentatives éducatives infructueuses.

b) Comportement scolaire : l'enfant travaille mal. Il sait lire et écrire mais comprend mal son travail. Au point de vue de son comportement proprement dit, seul l'onanisme est signalé par l'instituteur.

c) Examen médical : rien à signaler.

d) Examen psychologique :

1. — Termann : A.P. : 10,4; A.B. : 8; A.M. : 8,11; Q.I. : 0,86.

Assez confus dans ses réponses. Relie les questions les unes aux autres.

2. — Duss : aucun problème n'est explicite. Au point de vue formel, ses histoires contiennent presque toutes des rappels des précédentes.

3. — Rorschach : (voir *in fine*).

Commentaires : nous retrouvons dans ce test des stigmates épileptoïdes déjà rencontrés : caractère particulier des visions globales par association de détail; confabulation récessive qui relient les dernières réponses d'une planche aux premières; persévération des thèmes d'une planche à l'autre; description étroite des détails de la planche.

e) Examen E.E.G. : haut rythme alpha hypersynchrone à 9 c/s et 150 mv. à gauche et 120 mv. à droite (donc, prédominance gauche contrairement à la règle), avec ondes à pente raide théta à 4 et 5 c/s et delta à 2 c/s, pointes-ondes lentes. Anomalies prédominantes en préfronto-rolandique droite, temporale moyenne à temporale postérieure droite et vertéro-temporale droite et temporale moyenne droite et temporale postérieure droite, prises en dérivations croisées.

En résumé : comitialité, hypersynchronisation neuronique, foyer temporal droit.

En résumé : il s'agit d'un enfant dont le caractère sournois, fermé, l'onanisme, les difficultés scolaires évoquent une épileptoïdie confirmée par l'E.E.G. et l'examen psychologique.

Additif : Texte du Rorschach.

PLANCHE I.

Un trait comme ça au centre. On dirait un papillon. C'est bien ça, ses antennes, sa bouche, ses ailes et puis ça c'est sa queue et puis quelque taches là, une ici, une autre là et puis une tache blanche. Ça c'est clair, ça c'est foncé, il y a du blanc ici... des traits ici. Deux petites pinces qui sont fragiles et puis on casse vite les ailes du papillon.

PLANCHE II.

Un crabe, oh oui, parce que c'est rouge ça et puis il a des pinces à chaque patte, des petites pattes fines. Ça c'est son corps et puis ça ça appartient au corps, mais je ne sais pas comment ça s'appelle, on ne me l'a jamais dit. Il a des taches rouge clair, des taches noires, grises, des points rouges... un petit carreau blanc.

PLANCHE III.

Des chiens ça. Ils sont en face, leur museau, leur queue, leur corps et le bout de leur queue est grise. Il y a du noir dans leurs pattes. Il y a des petits traits, des taches blanches (même description qu'aux planches précédentes).

PLANCHE IV.

Qu'est-ce que c'est que cette bête. J'en ai jamais vu comme ça, j'ai vu des vaches mais pas ça. Ça ça doit être des ailes, ça doit voler. Là sa queue, sa tête et son cou (description avec traits, taches, etc.). Des pinces sur le côté, elle doit pincer (reprend sa description).

PLANCHE V.

Ah qu'est-ce que c'est que ça ? Une espèce de papillon; il a des cornes grises, un petit point blanc, du blanc, du gris, du noir sur les ailes. Oh, ce sont des ailes ? Oui, surement ce sont des ailes. Il y a des bêtes là que je connais pas leur nom.

PLANCHE VI.

Qu'est-ce que c'est que cette bête que j'ai jamais vue ? Une espèce de quoi ? de bête. (Même description qu'aux planches précédentes).

PLANCHE VII.

Mais c'est une bête encore alors là je comprends plus rien. Je trouve qu'il y a une grande bouche là. Elle l'a assez ouverte, la bouche, la bête. (Même description qu'aux planches précédentes). Ça c'est sa queue. Oh, pas possible ! Elle a la bouche si grande ! Le corps est tout blanc.

Planche VIII.

Oh, c'est une bête. Oh, pas possible ! Ah oui, c'est une bête et puis il y a un arbre. Pas possible, ça grimpe ça ? J'ai jamais vu grimper de ça. J'ai vu grimper des panthères sur les arbres et puis on est vite mort, alors. Sûrement que c'est des panthères. (Même description et nomination de couleurs). En bas, c'est la terre marron foncé et marron clair du bleu ciel, ça se reconnaît tu parles. C'est mélangé avec du vert.

Planche IX.

Oh, qu'elle est marrante cette bête (description et nomination de couleurs), je peux confondre entre du rouge et du rose, là ça commence pareil par du rouge. En haut, ce qui pince, je sais pas si ça pince. Ça doit pincer ces bêtes-là. (Reprend sa description).

Planche X.

Oh, cette bête ! pas possible (description et nomination de couleurs) j'ai jamais vu des bouches comme ça.

Observation VII.

P... Rose, née le 9 janvier 1940.

Envoyée à la consultation le 8 mars 1951 par l'institutrice pour troubles du caractère et mauvais travail scolaire.

Le milieu : dans un cadre assez misérable vivent le père, la mère et les trois filles.

Les parents ont un caractère assez violent et surtout très opiniâtre. Ils se laissent difficilement départir de leurs idées. La sœur cadette de Rose : Simone, est très instable et a de nombreux cauchemars. Elle a la nuit des terreurs accompagnées de tremblements. Dans la journée elle présente des crises de colère au cours desquelles elle trépigne. Bavarde et têtue, elle travaille assez mal en classe. Ces éléments justifieraient une observation complète rendue difficile par l'entourage.

Antécédents héréditaires et collatéraux : nous ne pouvons rien retenir en dehors de ces caractères spéciaux de la famille immédiate de Rose.

L'enfant :

1° Anamnèse : d'après les parents, l'enfant s'est de tout temps présentée mais de façon moins nette, comme actuellement. Sa venue au monde et son développement ont été normaux. Nous ne retiendrons aucun élément pathologique au cours de l'enfance si ce n'est l'énurésie persistante jusqu'à maintenant.

2° Actuellement :

a) Comportement familial : d'aspect fermé, l'enfant est caractérisé à la maison par une apathie entrecoupée d'explosions. Elle refuse par exemple avec des hurlements et des crises de colère d'aider sa mère dans les tâches ménagères. Maussade, facilement «grognon» elle n'est jamais contente même des cadeaux qu'on lui fait. Elle pleure souvent mais pas pendant ses colères.

b) Comportement scolaire : bavarde et dissipée elle ne sait aucune leçon. Ses contacts avec ses camarades sont fréquemment faits de disputes. Elle se montre à l'école aussi négativiste qu'à la maison, ses cahiers sont sales et mal tenus.

c) Examen médical : rien à signaler.

d) Examen psychologique :

1. — Termann : A.P. : 10,1: A.B. : 9; A.M. : 10,9; Q.I. : 1,06.

2. — Rorschach : (voir *in fine*).

Commentaires : l'élément le plus caractéristique est ici le procédé qui relie toutes les réponses en les situant au minimum les unes par rapport aux autres ou mieux, en exploitant des kinesthésies. Nous retiendrons également la persévération particulière du thème des îles et presqu'îles qui intervient presque comme une description des planches. Nous retrouvons ici le retour après plusieurs réponses à des réponses du début de la planche.

Le Behn-Rorschach de contrôle effectué trois mois après le précédent présente, avec moins d'acuité cependant, des caractères semcadette de Rose : Simone, est très instable st a de nombreux caublables.

e) Examen E.E.G. : rythme alpha pauvre de 7 et 8 c/s et de 90 mv. irrégulier et instable. La réaction d'arrêt est négative. Dysrythmie lente et généralisée à prédominance delta de maximum gauche avec un excès de théta; ondes complexes polyrythmiques généralisées.

En résumé : E.E.G. anormal correspondant à celui d'un en-

fant beaucoup plus jeune, avec présence d'ondes anormales du type complexe polyrythmique.

Trois mois après, un deuxième examen E.E.G. est suivi du compte rendu : E.E.G. comparé à celui de mars 1951 : deux différences : diminution du rythme rapide qui a presque disparu.

Amélioration du rythme alpha mais persistance des ondes complexes polyrythmiques delta et théta avec sharps peut-être plus nets; production d'une ou plusieurs ondes sinusoïdales très hautes à la fermeture des yeux, qui ne s'étaient pas produites en mars. Précisions des anomalies en pariéto-occipital gauche et temporale postérieure droite.

En résumé : on aurait tendance à écrire précision dans le sens de la comitialité malgré l'amélioration de l'activité fondamentale.

En résumé : il s'agit d'une enfant dont le comportement particulier au milieu d'un environnement familial assez semblable à elle, fait envisager l'épileptoïdie, diagnostic nettement confirmé par les Rorschach et les E.E.G.

Evolution : traitée avec un comprimé de Dihydan le matin et à midi et 1 comprimé d'Alepsal à 0,05 le soir, l'enfant est par ailleurs confiée au Docteur Aussaresses en psychothérapie. L'amélioration nette constatée au début de l'été explique que placée pour trois mois en colonie de vacances elle n'ait recueilli, après une adaptation un peu difficile « rien que des éloges ».

Au début de l'année scolaire 1952-1953, l'enfant a pu, grâce à l'amélioration de son travail et à la disparition de ses troubles caractériels, entrer dans une classe supérieure de deux degrés à celle qu'elle quittait, comblant ainsi son retard scolaire.

Additif : texte du Rorschach.

PLANCHE I.

Cela ressemble à une île. Il y a des côtés qui forment une presqu'île. Au milieu il y a des lacs. Tout autour de la grande île, des petites îles et puis il y a des golfes. A un endroit de l'île, cela forme comme la presqu'île du Cotentin. A un endroit de la côte, cela forme comme un chasseur; au milieu comme deux dames qui lèvent un bras chacune.

PLANCHE II.

Cela forme deux ours qu'on ne voit que la moitié du corps. Un peu

plus loin, comme un phoque, et à la patte des deux ours on dirait qu'ils saignent. Au milieu se trouve un lac. A des endroits comme des golfes, des rades et des baies. Entre les phoques, il y a des îles.

PLANCHE III.

Cela représente... il y a.... comme le Pas-de-Calais entre l'Angleterre et la France. Là, l'Angleterre forme comme un bras et puis une presqu'île et puis des... au milieu il y a une île et de chaque côté aussi et puis en haut on dirait comme une... et de chaque côté il y a un chaudron.

PLANCHE IV.

Comme un ogre tourné de dos et dessous lui il y a un arbre. Il se compose de quatre presqu'îles et puis il y a un côté qui a un peu la forme de la rade de Brest. Il se compose de six îles et alors ses bras forment comme un serpent. Le pied... le tronc d'arbre a la forme d'une corbeille à papier. A son chapeau il a comme une laine qui pend. C'est tout.

PLANCHE V.

Cela représente le derrière et jusqu'à la patte de devant d'un écureuil. Il se compose de huit bras de mer, de golfes, de presqu'îles, et alors il y a une patte qui forme le coude. C'est tout.

PLANCHE VI.

Le tout a la forme d'un têtard. Il se compose de presqu'îles. Comme des moustaches de chat et au milieu la colonne vertébrale. Il y a un endroit de la côte qui forme comme la patte d'un ours, un autre endroit qui forme la tête d'un serpent. Il y a des golfes, des baies, des pointes.

PLANCHE VII.

Le début a la forme d'un enfant et après la forme d'une cuisse avec la jambe, tout à fait en haut des poumons séparés par le sternum. Il se compose de presqu'îles, de baies. Le nez a la forme de la trompe d'un éléphant. Il ferme les yeux.

Planche VIII.

Cela a la forme de deux tigres. De la cage thoracique. Cela a la forme de la tête d'un bœuf, dessous il y a un rat qui est habillé en robe de bal. En tout, comme un chapeau d'arlequin. De chaque côté cela a la forme d'une culotte de pantalon.

Planche IX.

Cela a la forme de deux Messieurs qui sont sur un arbre plus haut que les autres et soufflent vers l'arbre qui est à côté. En haut de l'arbre, il y a des Messieurs qui tirent de la corde. Devant, il y a comme une espèce de botte et entre les deux arbres il y a un pont sur la rivière. Le tronc de l'arbre où étaient montés les Messieurs, cela forme comme la colonne vertébrale.

Planche X.

Cela a la forme d'une chauve-souris qui tient une quenouille à la main et se débat avec un rat; de deux serpents qui tiennent le cœur d'un homme avec une artère. Cela forme comme un tronc d'arbre et il y a un microbe qui monte dessus. Il est couru par deux hommes qui tiennent devant eux entre les deux sacs une bouteille. De l'autre côté des hommes cela forme comme une presqu'île. Au-dessus des hommes il y a comme une île. Au milieu d'eux comme des cerises attachées, deux cerises. C'est tout.

Nous avons voulu réunir ici quelques observations caractéristiques parce que chacune d'elles met en valeur certains des aspects de l'épileptoïdie. Les faits qu'elles apportent visent uniquement à illustrer ce que nous avons exposé par ailleurs dans ce travail. Aussi féconde que les caractères communs qu'elles présentent nous semble être leur diversité.

Que ce soit dans les aspects du comportement de ces sept enfants, dans la nature de leur milieu familial, dans leur hérédité, ou tout aussi bien dans leurs réponses aux tests auxquels nous les avons soumis, les variations foisonnent, mais un schème directeur se pressent qui leur confère néanmoins une parenté

certaine. Ce sera le but de la quatrième partie de ce travail de chercher à le déterminer.

NOTA. — *Pour des commodités d'impression, nous n'avons présenté de façon intégrale que le premier test de Rorschach. Le caractère particulier des tests de ces sujets se révèle d'ailleurs essentiellement à la lecture du texte de leur réponse.*

L'ÉPILEPTOIDIE COMME DIALECTIQUE PATHOLOGIQUE DE L'ETRE AU MONDE

Si nous nous arrêtons à la diversité remarquable des éléments qui, indépendamment les uns des autres, nous apparaissent suffisants pour affirmer l'épileptoïdie d'un sujet, nous sommes en droit de nous demander si ce terme recouvre une entité justement isolable.

Chez tel sujet une hérédité épileptique nous suffira pour affirmer notre diagnostic, alors que chez tel autre, nous l'affirmerons aussi sans qu'une telle hérédité puisse en aucune façon être retrouvée. De même des antécédents personnels de convulsions infantiles pourront nous donner une preuve pour l'un alors que leur inexistence ne nous arrêtera pas chez l'autre. Dans le seul cadre de la clinique proprement dite, nous n'hésitons pas à rapprocher deux enfants en apparence combien différents ! Quelle est donc cette maladie dont tous les caractères isolément suffisent sans qu'aucun soit jamais nécessaire ?

En fait, comme le laissait entendre la définition que nous donnions au début de ce travail, le substantif « épileptoïdie » dérive d'un adjectif et c'est de là que vient notre gêne. Dans la nosologie classique la démarche est inverse, la maladie d'abord individualisée donne sa qualité à l'être qu'elle habite.

Est anémique celui que frappe une anémie, paludéen celui qu'a contaminé le paludisme. Et ce serait une tautologie que de vouloir définir une maladie par le caractère d'en être atteint. C'est justement ce risque dont nous voudrions nous garder. L'épileptoïdie n'est que le fait de se manifester épileptoïde. Ce n'est donc pas une maladie. Ce n'est pas non plus seulement la mentalité de l'épilepsie puisque nous ne considérons pas comme nécessaire les manifestations essentielles de celle-ci.

Est-ce donc une constitution ? Peut-être, mais nous ne pouvons mettre toujours en évidence le caractère congénital des troubles observés.

Sans préjuger de cette dernière hypothèse, il reste donc que l'épileptoïdie nous apparaît comme une certaine modalité d'existence. Ne pouvant l'isoler que par sa description, nous ne devons l'aborder que dans l'esprit d'une analyse phénoménologique, syndrome si l'on veut, mais que nous devons alors ranger dans le cadre d'une pathologie du comportement.

Nous allons chercher dans les pages qui vont suivre à montrer la validité et la valeur pragmatique d'une telle perspective.

Pour cela, dans un premier point, nous chercherons à appliquer à l'épileptoïdie les conceptions d'une phénoménologie gestaltiste.

Dans un deuxième point, nous envisagerons sous cet angle quelques constatations expérimentales d'électrophysiologie cérébrale.

Dans un troisième point, enfin, nous examinerons le rapprochement à faire, de ce point de vue, entre l'épileptoïdie et la deuxième enfance.

De cette triple étude naîtra d'une façon en quelque sorte exhaustive la question que nous indiquions dans notre introduction, question justifiée par cela même qui nous amènera à la poser, question qui, pensons-nous, indique l'homogénéité possible de l'entité à l'étude de laquelle nous nous sommes attaché : l'épileptoïdie pourrait-elle être considérée comme sous-tendue par une perturbation au plan perceptif de l'intégration des messages sensoriels.

M. Merleau-Ponty, dans son livre sur la phénoménologie de la perception nous dit : « Le premier acte philosophique serait de revenir au monde vécu en-deçà du monde objectif, de rendre à la chose sa physionomie concrète, aux organismes leur manière propre de traiter le monde, à la subjectivité son inhérence historique, de retrouver les phénomènes, la couche

d'expérience vivante à travers laquelle autrui et les choses nous sont d'abord donnés ». (Page 69).

Or, ce champ phénoménal dans lequel il nous invite ainsi à placer notre réflexion est fait de l'intrication totale du sujet et du monde qui l'entoure. Ce que nous voyons, ce dont nous avons conscience, même à notre propre égard, ce sont les rapports entre notre monde et nous. Etudier autrui autrement que dans ses rapports avec le monde serait donc voué à l'artificiel. Aucun sujet n'est sans être situé. Ainsi, ce qui peut faire l'objet de notre recherche, ce n'est pas l'épileptoïde, être limité à sa corporéité, pas même l'épileptoïde dans le monde, mais bien l'épileptoïde au monde. Ce tout de l'être au monde englobe les deux versants perceptifs et actifs de l'homme. Il s'agit d'une véritable coexistence dans laquelle ils ne sauraient être déliés. Le champ d'activité est tout à la fois une situation perceptive.

L'unité de cet ensemble a été bien mise en évidence par Lewin (1) lors de sa description d'un espace hodologique. Meublé d'objets et d'êtres aux significations attrayantes ou contraires, fait de barrières et de portes ouvertes, cet espace est conçu comme le lieu des chemins suivis par notre activité. Purement subjectif ou plus exactement phénoménal, il prend un aspect à la fois géométrique et dynamique. Le monde qui nous entoure n'est plus fait seulement de grandeurs, de distances, de mouvements définis par leur déplacement et leur vitesse, mais bien encore par des sortes de vecteurs propres à chacun d'entre nous et qui définissent pour chaque objet ou zone de ce champ sa qualité propre par rapport à nous-même. Menant plus loin cette idée, Lewin aboutit à définir cet espace par des angles, des directions, des distances, tant et si bien que la géométrie véritable ne serait en quelque sorte qu'une application de lois beaucoup plus générales.

Guillaume défendant cette utilisation à priori métaphorique montre combien l'économie politique par exemple, a gagné

(1) Der richtungsbegriff in der psychologie, Ps. Forsch. XIX, 1934, pp. 249-299.

à expliquer ces problèmes en termes de dynamiques et en faisant interférer les lois propres à cette science dans le domaine nouveau où elle les introduisait. De même dit-il, la gestalt-théorie et plus spécialement les écoles de Kofka et de Kohler ne refusent pas les conséquences d'une telle généralisation de la notion de champ, pas même celle d'ordre métaphysique qui mènerait à une sorte d'unification des sciences (1).

Cherchons donc à concevoir l'espace hodologique propre à l'épileptoïde.

C'est alors que nous comprenons tout l'intérêt, non seulement diagnostic mais également spéculatif de l'emploi des tests de projection, tests au cours desquels le sujet doit justement appliquer une structure et une organisation à un matériel non structuré et plastique.

Que si, par exemple, un sujet tel celui de notre observation n° II se livre à une description étroite des planches, sans s'élever au-delà de quelques visions banales, nous pouvons affirmer chez lui ce sentiment extrême du concret qui caractérise l'épileptoïde. De même, pourrons-nous déduire cette certitude chez tel autre où l'alternance de formes bonnes et mauvaises ne sera pas la suite d'une fuite devant la réalité mais bien au contraire la persévérance d'une schème extrêmement positif et dont le sujet ne sait se dégager. L'énumération monotone de taches, de traits, de points, ou tout aussi bien de caractères tels la symétrie, la taille, l'homogénéité, prouve elle aussi combien ces sujets ont une vision instantanée précise et brutale des éléments de ce qu'on leur présente. Mais combien paradoxalement aussi ces éléments sont mal liés les uns aux autres. Rappellerons-nous ici l'histoire de cette souris passant par le trou d'une feuille pour aller mordre un taureau ? Evoquerons-nous tout aussi bien ce cheval jaune et cheval parce que jaune ? Nous retrouverions d'innombrables exemples qui prouveraient combien les rapports entre éléments distincts sont mal perçus, combien peu structurée se montre leur vision, combien pour tout

(1) Psychologie de la forme, p. 142.

dire les épileptoïdes manifestent d'indifférence à l'égard des formes réellement pregnantes dès qu'elles comportent une structuration interne.

Ils vivent entourés d'un monde concret comme de la pierre où les objets, les êtres, les problèmes sont posés avec une sorte de rigidité qui les dénue de signification. Toute construction n'est qu'un amoncellement, toute vision qu'un chaos. Derrière la massive solidité de ce que leur indique leurs sens ils ne peuvent percevoir l'être subtil et essentiel des contours qui leur apparaissent.

Nous pourrions sembler nous laisser emporter par la ligne de nos idées, mais rappelons-nous quelques figures de Rey copiées de mémoire par des épileptoïdes. Les éléments de la figure initiale apparaissent bien le plus souvent mais dans quel ordre ! Aucune des lois constructives de l'ensemble n'a été analysée et la reproduction ne saurait être alors que l'amalgame de souvenirs isolés artificiellement et réunis de même.

C'est bien donc ce caractère à la fois concret et sans structure, réaliste dans ses traits, mais faux dans ses rapports, qui donne à la perception de l'épileptoïde une forme particulière. Or, ce réalisme punctiforme qui ne se laisse pas dépasser englue l'épileptoïde dans un espace hodologique ainsi agencé. Il ne quitte pas des mains ces planches qui ne recèlent que taches sans significations, il ne quitte pas du crayon ce papier sur lequel il réunit des traits sans les assembler.

On comprend que dans ces conditions toute tâche lui devienne ardue et qu'il l'accomplisse avec lenteur. Tout, autour de lui, prend valeur d'obstacle. Son monde est fait de murs.

D'ailleurs il ne nous faut pas perdre de vue que ces murs se dressent d'autant plus que des moyens normaux de saisir le réel manquent à l'épileptoïde. « Ce qui est premier c'est le déficit dans les apports fournis par le cerveau à l'esprit; ce qui en résulte c'est une transformation de tout l'être. » Cette phrase que nous empruntons à la thèse du Docteur Blanc (1) s'appli-

(1) Dissolution et reconstruction du langage chez les aphasiques, Bordeaux, 1945.

quait à l'origine aux aphasiques. Ce n'est pas pourtant par un rapprochement artificiel que nous avons cru pouvoir la reproduire ici. Elle traduisait en effet une conception de psychopathologie inspirée des théories de Gelb et Goldstein et de portée bien plus générale que l'application qui en était faite.

Pour ces auteurs, en effet, toute lésion cérébrale anatomique ou physiologique entraîne une perte de l'attitude catégorielle et par suite un assujettissement plus grand au milieu par manque des fonctions qui le dirigeaient. Cette opinion ne trouve-t-elle pas son application dans la perspective que nous avons voulu présenter de l'épileptoïde ? Une précision nous semble néanmoins devoir lui être apportée. En réalité cet assujettissement au réel nous paraît plutôt un effort du sujet vers le réel, cette adhérence au concret, une application à le saisir. Privé en effet par son disfonctionnement cérébral des moyens normaux d'appréhender le monde, l'épileptoïde fait un effort de réorganisation pour l'atteindre. Ne pouvant dans une intellection immédiate pénétrer sa simplicité structurale il va pour y parvenir user d'un détour. Il doit par essence réaliser le mieux possible les tâches devant lesquelles il est placé. Or, ces tâches, par suite d'un caractère anormal « des faits physiologiques intermédiaires entre l'esprit et le monde » (Docteur Blanc thèse citée); ces tâches, disons-nous, se présentent à lui dans l'apparente complicité d'une fausse vision. Il va s'efforcer pourtant de les assumer. Mais entre la force attractive de l'acte à accomplir, du but à atteindre et la force répulsive de cette barrière qui se dresse, naît un conflit et ce conflit engendre dans le champ phénoménal une tension.

La réalité de cette tension a été mise en évidence chez l'homme normal par Zeigarnick (1) en empêchant la résolution de petits problèmes proposés à des sujets. Ceux-ci protestent, essaient de reprendre leurs problèmes et si, par la suite, on les interroge sur les diverses tâches qui leur ont été proposées, ils

(1) B. ZEIGARNICK. — Uber das behalten von erledigten und unerledigten handlungen. Ps. Forsch. IX, 1927, pp. 1-85.

oublient deux fois moins celles dont la solution a été interrompue que celles dont ils ont pu achever l'accomplissement. Tout le comportement du sujet vise à résoudre ces tensions fragmentaires dont est meublée sa vie. Pour aboutir à cette résolution, divers procédés peuvent être mis en œuvre.

Le meilleur, le plus adapté est l'accomplissement pur et simple de la tâche envisagée. Mais s'il advient que le sujet s'en montre incapable, que le temps ne lui soit pas laissé d'agir, que trop de tâches à la fois lui semblent se presser devant lui, enfin qu'une sensation d'impuissance l'envahisse, sa tension psychologique va augmenter et pour aboutir à sa nécessaire résolution il va être amené à employer des conduites de moins en moins adaptées.

Il va pouvoir se livrer à une activité désordonnée, vive mais incohérente, sans qu'une orientation lui confère d'efficacité. Nous nous trouverons alors devant l'épileptoïde turbulent et instable.

Il va pouvoir au contraire s'enkyster, se retirer de la lutte, en oubliant ce monde d'obstacles qui le gênent. Et ce sera l'épileptoïde toujours « dans la lune », avec ses phases d'obnubilation.

Ou bien fuyant toute barrière, il va s'évader à la recherche d'un monde plus facile qu'il ne sait d'ailleurs où trouver. Et nous verrons les petites fugues de l'épileptoïde.

Mais que les murs soient trop hauts, que les tensions s'accumulent, l'éclat va se produire indifférencié, vers toutes les zones du champ simultanément, ne respectant plus rien, incompréhensible par sa violence, par sa soudaineté, par l'abattement total qu'il procure. Et ce sera la colère de l'épileptoïde, colère si différente de celle du pervers ou du névropathe, colère essentiellement généralisée et dont on sent avant tout qu'elle se déroule dans un champ devenu indifférencié où l'objet qu'on brise, la mère qu'on frappe, le mal que l'on se fait, sont sur le même plan. (Sans le rapporter d'ailleurs à l'épileptoïdie, la description phénoménologique de ces accès de colère et leur

interprétation dans le sens que nous avons voulu indiquer a été étudié par T. Dembo (1).

Ainsi, les divers comportements pathologiques de l'épileptoïde deviennent-ils aisément compréhensibles si l'on consent à les envisager sous l'angle de réactions à des situations perceptives particulières.

Bien entendu, le fait que nous ayons exprimé ces situations et ces comportements en terme de psychologie, ne doit pas nous faire oublier la constante interréaction entre soma et psyché. Si le monde perçu comme obstacle entraîne une accroissement de la tension psychique du sujet, la forme même de sa réaction dépend des facilités qu'offre le terrain à son expression. Il y a là toute une mise en jeu de voies déjà frayées, de mimiques constituées, en étroite relation avec le substractum organique « de la dynamique de l'esprit » (Professeur Delmas-Marsalet). Nous avons envisagé ces phénomènes sur le plan psychique mais sans préjuger pour autant de son étroite fusion avec un corrélat neurologique.

Du reste, chez certains épileptiques, il est intéressant de constater que ce terrain neuro-dynamique donne une forme caractérielle, semblable à celle des épileptoïdes, à leurs réactions en face des problèmes réels de la vie. En particulier quand un traitement a commencé à diminuer le rythme de leurs crises, nous les voyons réagir comme des épileptoïdes mais à des situations véritablement complexes et non à des situations perçues anormalement comme telles par les sujets.

Par cette remarque, nous avons voulu préciser l'importance de l'élément physiopathologique dans la forme de la conduite des épileptoïdes. Mais nous voudrions encore considérer un dernier ordre de faits qui nous semblent propres à éclairer la façon dont la situation dans laquelle ils se perçoivent insérés explique leur comportement.

Toute thérapeutique médicale de ces sujets pour être effi-

---

(1) Das aerger als dynamischer problem. Ps. Forsch. XV, 1931, pp. 1 à 144

cace doit s'accompagner de règle de vie et de consignes données à l'instituteur et aux parents. Il convient en particulier de ne pas bousculer l'enfant, de lui laisser le temps voulu pour accomplir sa tâche, de le laisser d'une façon plus générale finir ce qu'il commence. Il faut aussi que sa vie réglée laisse le moins de place possible aux surprises, aux heurts de la nouveauté, autrement dit que le monde prenne autour de lui une structure, connue par accoutumance, dans laquelle il évoluera sans trop de difficultés et sans accumuler ces tensions dangereuses dont la résolution ne peut se faire que par une dérivation des activités efficaces.

Or, ce sont ces mêmes lignes de conduite qu'indique le Docteur G. Paul-Boncour (1) dans un article sur la formation professionnelle de l'épileptique à côté, bien entendu, de celles que motive le risque des crises épileptiques proprement dites. La réussite professionnelle des épileptiques ne peut se faire que dans des métiers tranquilles, aux cadres réglés, aux responsabilités faibles, où l'obstination et l'attachement se manifestent comme des qualités maîtresses. Il est certain, par exemple, que l'agriculture constitue un des meilleurs métiers à conseiller aux épileptiques et aux épileptoïdes.

Ainsi, dans le domaine pédagogique comme dans le domaine professionnel, la conduite à tenir empiriquement établie pouvait se déduire logiquement des interprétations que nous donnions ci-dessus.

Nous espérons avoir montré dans ces quelques pages, combien le comportement de l'épileptoïde devient compréhensible si on l'envisage non pas isolé de son contexte perceptif, non plus comme une réponse à un ensemble de stimuli mais bien dans son unité telle que la définit M. Merleau-Ponty dans son livre sur la « Structure du comportement », p. 197 : « A partir du moment où le comportement est pris dans son unité et dans son sens humain ce n'est plus à une réalité matérielle qu'on a af-

(1) *Bulletin de l'I.N.O.P.*, avril 1931.

faire et pas davantage d'ailleurs à une réalité psychique, mais à un ensemble significatif ou à une structure qui n'appartient en propre ni au monde extérieur ni à la vie intérieure ».

Nous ne nous cachons pas néanmoins que la satisfaction intellectuelle que pourrait nous semble-t-il procurer une telle perspective ne constitue pas à elle seule une preuve de sa validité. Aussi voudrions-nous rechercher maintenant s'il ne nous serait possible de rattacher cette conception à des constatations physiologiques et expérimentales. C'est évidemment dans le domaine de l'étude des activités bioélectriques cérébrales que nous pourrions les trouver. Mais n'ayant pas la formation suffisante pour remonter aux sources, nous n'avons voulu que rapporter ici les conclusions d'auteurs autorisés et envisager les déductions que nous avons pensé être en droit d'en tirer.

Nous avons déjà vu dans le deuxième chapitre de ce travail quelles étaient les principales caractéristiques E.E.G. de l'épileptoïdie. Nous rappelant la fréquence des anomalies temporales relevées dans cet état et sa proximité avec l'épilepsie psychique proprement dite, nous voudrions rapporter tout d'abord quelques-uns des points mis en lumière par Alliez (1).

D'après cet auteur, deux éléments dominent la symptomatologie des épilepsies à manifestations bioélectriques temporales. D'une part, l'importance de la symptomatologie mentale; d'autre part, la présence au cours des crises d'automatismes psychomoteurs (cette épilepsie recouvre d'ailleurs pratiquement l'épilepsie psychomotrice des auteurs anglo-saxons).

Par ailleurs, s'appuyant sur les constatations E.E.G.iques de Gastaut, Alliez signale que les structures en jeu doivent être plus profondes et sinon symétriques, du moins médianes (2).

Fait particulièrement intéressant, les automatismes psychomoteurs caractéristiques n'interviennent qu'après les crises élec-

(1) Epilepsie psychique et lobe temporal, évolution psychiatrique, I, 1952.

(2) Nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher ici une phrase du Dr J. Faure dans *De l'E.E.G. dynamique des psychonévroses* : Des structures temporales profondes paramédianes pourraient exercer une influence sur le thalamus et entraîner des manifestations névrotiques et des troubles de la cénesthésie.

triques à inscription temporale. Ceci vient confirmer la théorie Jacksonienne rappelée par Gastaut (1), considérant ces automatismes comme la traduction d'une paralysie postcritique des niveaux supérieurs d'intégration.

Rapprochons maintenant de cette constatation la phrase d'Alliez : « Il existe des degrés progressifs entre les cas où la vigilance du sujet reste complète et d'autres où surgissent des manifestations d'ordre perceptuel qui constituent des formes de plus en plus dégradées de l'état de conscience ». Il semble donc bien que l'essentiel du mécanisme de l'épilepsie temporale réside en une perturbation de l'intégration au niveau de la conscience perceptive. Or, il est un type de perturbation dont le voisinage avec l'épileptoïdie ne peut être nié : « Lorsque la perturbation porte sur la perception globale relative à l'espace, à une situation donnée, seraient réalisés des états psychiques complexes difficilement définissables souvent plus sentis ou finement douloureux que bien analysés par le malade et qui constituent un aspect bien curieux de l'épilepsie temporale : sentiment de gêne, de malaise général, de bizarrerie, d'étrangeté, jugement défectueux sur l'entourage avec fausse reconnaissance ou sur soi-même avec alors héautoscopie » (Alliez, op. cit., p. 25).

Que l'essentiel de l'épilepsie temporale (et en corollaire de l'épileptoïdie) soit ainsi une modification de la qualité de la conscience perceptive, nous croyons en trouver une preuve dans un ordre de faits proche des précédents que nous voudrions évoquer maintenant.

Reprenant les travaux par lesquels le Professeur Delmas-Marsalet (2) a isolé puis étudié l'épilepsie de structure morphéique, Passouant, Latour et Cadilhac, dans un article des « Annales médico-psychologiques », décembre 1951, précisent

(1) *Revue neurologique*, t. 86, n° 6, 1952, p. 679.

(2) DELMAS-MARSALET. — Electro-choc et thérapeutique nouvelle en neuro-psychiatrie. Baillières, 1946. — DELMAS-MARSALET et FAURE : Etude E.E.G. des épilepsies de structure morphéique. *Revue neurologique*, 82, 6 juin 1950, p. 546-558.

les confirmations qu'ils ont pu trouver dans l'étude de 50 de leurs malades.

Tout d'abord, pour montrer la validité de notre rapprochement avec l'épileptoïdie, nous voudrions retenir trois faits exprimés par ces auteurs :

Dans les manifestations nocturnes on trouve fréquemment des manifestations paraépileptiques telles que le somnambulisme, les terreurs nocturnes ou les cauchemars (nous avons vu que ces manifestations font partie du tableau clinique de l'épileptoïdie).

Dans les manifestations diurnes « chez les enfants on note fréquemment des troubles du caractère (nervosité, instabilité, irritabilité, inadaptation scolaire ou familiale) » (p. 529).

Enfin, dans les circonstances étiologiques « le facteur familial est parfois particulièrement net » (p. 530).

Mais si d'une part nous trouvons ainsi un rapprochement clinique avec l'épileptoïdie, d'autre part nous trouvons aussi un rapprochement E.E.G.ique avec l'épilepsie temporale. Sur 42 épilepsies morphéiques identifiées par la méthode électrique, ces auteurs ont en effet trouvé 30 épilepsies temporales (p. 536). Et, fait plus intéressant encore, « l'épilepsie morphéique a expression temporale ne semble pas dans la majorité des cas une épilepsie corticale focalisée mais bien plutôt un trouble sous-cortical ou des voies thalamo-bitemporales ».

Nous retrouvons bien là les données apportées par Alliez et que nous évoquions ci-dessus. Or, si l'on songe que comme le disait Bergson : « Dormir, c'est se désintéresser », on pressent combien l'étude de l'épilepsie morphéique peut jeter de lumière sur l'importance des modifications de la vigilance dans l'épilepsie.

Nous nous excusons de faire des allusions aussi brèves à des travaux d'une telle portée, mais le cadre de notre travail ne nous permet malheureusement pas de faire plus que de signaler des rapprochements qui nous ont paru féconds.

Nous n'avons envisagé jusqu'ici que les épilepsies temporales. Or, il est certain que tous les épileptoïdes ne présentent

pas des foyers temporaux. Certains, en particulier, présentent une symptomatologie E.E.G.ique proche de l'épilepsie diencéphalique. Mais la répercussion thymique de celle-ci n'est-elle pas bien connue ? Et certes une telle modification entraîne à coup sûr un remaniement du champ hodologique tel que plus haut nous l'avons défini. Plus démonstrative à cet égard qu'une longue disgression nous paraît être dans sa sobriété la pertinente remarque d'une malade épileptique du Docteur Blanc : « Au fond, à 10 ans, je ne voyais que des vieilles femmes et des porches d'églises ».

Nous plaçant maintenant sur un plan plus général, nous voudrions encore rapporter des conclusions du Professeur Lhermitte dans son livre « Le cerveau et la pensée ».

« La question que l'on peut se poser, nous dit le Professeur Lhermitte à la page 94 de son livre, est de savoir si le rythme de Berger ne correspond pas au scanning, à la scansion qui est le fondement du transmetteur de la télévision. »

Expliquant ensuite comment le scanning convertit les messages spatiaux en signaux étalés dans le temps et comment cet étalement permet une comparaison entre toutes les images-souvenirs fixées selon le même code, le Professeur Lhermitte ajoute que « tout changement profond du scanning doit fatalement amener un bouleversement dans les influx visuels et se traduire par un désordre dans les perceptions ».

Deux ordres d'expérience nous sont ensuite rapportés.

D'une part, le rythme alpha étant réduit de 20 % dans sa fréquence sous l'influence d'une narcose, les sensations s'éteignent progressivement après avoir été parfois accompagnées d'hallucinations.

D'autre part, Grey-Walter a mis en évidence que l'accélération de la fréquence d'une stimulation lumineuse intermittente amène le sujet à percevoir des choses qui ne correspondent pas aux excitations sensorielles « et quand la cadence du fliker se rapproche de celle du rythme alpha de profonds changements apparaissent dans la perception. Dans cette expérience le sujet peut éprouver les plus singulières sensations de dépla-

cement corporel ou de représentations visuelles et le désordre peut aller si loin que si le sujet recèle une tendance à l'épilepsie une crise de petit mal ou un paroxysme convulsif peut en être la conséquence ». Grey-Walter rapproche de cette expérience le fait qu'une telle stimulation intervenant sur un mécanisme comportant un scanning « non seulement tout autre signal serait masqué, mais des messages falsifiés apparaîtraient très vite et éloignés par leur signification de ce qu'on devrait en attendre ».

La réunion de ces différents éléments amène le Professeur Lhermitte à conclure : « La mise au jour du jeu respectif des messages sensoriels et des phénomènes de la scansion est très loin de nous donner le tout de la perception mais au moins elle nous livre une partie de ce qui est purement cérébral dans cette prise de contact de notre corps avec le monde extérieur ».

Nous avons voulu citer presque à la lettre cet important passage pour ne pas risquer d'interpréter abusivement la pensée de son auteur. Nous croyons seulement que cette conclusion ajoute son appui à une conception de la dysrythmie épileptoïde envisagée comme le signe d'une perturbation dans les rapports perceptifs que l'être entretient avec son monde.

Si nous rapprochons maintenant de cette conclusion la constatation de Lennox et Gibbs selon laquelle, ainsi que les cliniciens le supposaient depuis longtemps, un effort d'attention est capable d'éteindre une dysrythmie de type épileptique, qu'allons-nous pouvoir en déduire ?

Les rapports de la conscience et de l'attention sont étroits et si l'on en croit Pradines (1), c'est même « l'attention qui semble créer la conscience ». Or, qui nierait depuis la phrase célèbre de Husserl que « la conscience est d'abord conscience de quelque chose ». Un effort d'attention ne fait donc qu'améliorer notre conscience perceptive. Il insère plus profondément notre activité dans le réel. Il confère à une zone privilégiée de notre champ une clarté, une vivacité particulières. Nous ne vou-

(1) Traité de psychologie, p. 32.

lons pas dire que les sensations prennent une intensité plus grande, mais ce qui augmente, c'est leur « attensité », dirait Dallenbach (1), leur « pregnance », dirait Ebbinghaus (2). Or, n'est-ce pas justement un trouble dans la pregnance des formes qui nous entourent que nous avons cherché à isoler chez les épileptoïdes. Il est remarquable qu'un effort d'amélioration de cette qualité de la sensation entraîne comme corollaire chez l'épileptique une disparition de la dysrythmie qui le caractérise.

Nous pourrions trouver encore dans les expériences du Professeur Titeka et dans celles qui les ont suivies, une preuve de la corrélation qui existe entre l'attensité des sensations (nulle chez l'hystérique) et les manifestations bioélectriques cérébrales, mais ce serait étendre abusivement notre sujet hors du domaine de l'épileptoïdie. Aussi, arrêtant là cette brève incursion sur le terrain de la physiologie électrique du cerveau voulons-nous seulement indiquer pour terminer une analogie curieuse qui nous amènera au troisième point de ce chapitre, nous voulons parler de l'analogie entre les tracés électro-encéphalographiques de certains épileptoïdes dits immatures et les tracés pris chez l'enfant normal de 3 à 5 ans.

Cette analogie nous a conduits tout naturellement à nous demander si nous ne pourrions trouver des points communs dans les dialectiques respectives qu'entretiennent l'épileptoïde et l'enfant parvenu au deuxième âge de sa vie avec le monde qui les entoure. C'est alors que nous nous sommes rappelé que lorsque M. le Professeur Wallon essayait de rapporter les principaux syndromes neuro-psychiatriques de l'enfance aux stades du développement qu'il a isolé, c'est justement su stade projectif qui se situe après la troisième année qu'il rapprochait l'épilepsie. Or, sans préjuger des hypothèses pathogéniques qui paraissaient en découler, les faits demeurent.

Dans la description de ce stade projectif, quels sont, en effet, les caractères essentiels isolés par M. le Professeur Wal-

(1) DALLENBACH. — The rang of attention. *Psychological bulletin*; XXV, 1928.
(2) EBBINGHAUS. — Grandzuge der psychologie, I, IV (enge der bewustseins und aufmerksammkeit).

lon ? (1) C'est un âge à la fois turbulent et adhésif. Une activité presque pseudo-maniaque amène l'enfant à toucher à tout et en même temps il tient essentiellement au cadre dans lequel il vit. Changer la plus anodine en apparence de ses habitudes le bouleverse. Tout baigné de concret, l'enfant inventorie sans cesse ce qui l'entoure, s'appuyant de toutes parts à un monde extérieur et fermé il cherche son individualité.

Si nous considérons maintenant tout aussi bien le stade puéril isolé par M. Piaget et qui, chronologiquement, correspond à cette période, que trouvons-nous ? L'une des caractéristiques essentielles en est le syncrétisme, tel que Renan l'avait défini : « Démarche de l'esprit générale, compréhensive, mais obscure et inexacte où tout est entassé sans distinction ». L'enfant à cet âge est incapable de saisir les relations des parties d'un ensemble. C'est l'âge de la pensée en îlots. Pour lui « le tout n'existe pas » (2). Cette incompréhension des structures explique les autres caractères de cet âge. Le réalisme consiste en une extension du point de vue immédiat à tous les points de vue possibles substitués à la généralisation « d'une relation clairement conçue comme relative » (idem, p. 74). De même, dans son langage, l'enfant juxtapose seulement ses propositions les reliant tout au plus par un vague « alors ». Dans son raisonnement il n'opère, selon le mot de Stern, que des transductions passant d'un terme à l'autre sans que ceux-ci aient entre eux d'autre rapport que de particulier à particulier.

Si nous ajoutons à ces traits le négativisme caractéristique de cet âge, l'opposition et les colères impulsives qui l'accompagnent, la tendance bien connue à tout « tripoter », à s'attacher tant aux êtres qu'aux choses, nous croyons pouvoir retenir comme certain un parallélisme entre les phénomènes psychiques que nous nous proposions de comparer. Mais ce que nous devons surtout constater, c'est que si les comportements sont analogues, leur composante perceptive ne l'est pas moins. Du

(1) Stades et troubles du développement psychomoteur et mental de l'enfant, pp. 133 à 168.

(2) PIAGET. — Le jugement et le raisonnement chez l'enfant, p. 87.

reste, le Rorschach et le Rey nous l'apprennent bien, qui ne peuvent utilement être appliqués à des fins diagnostiques avant l'âge de 5 ans au moins. Enfin, nous voudrions citer pour finir une phrase de M. Dewey (Ecole de demain) (p. 20) qui stigmatise l'incompréhension des adultes à l'égard de la turbulence enfantine et qui s'appliquerait tout aussi justement à l'entourage des épileptoïdes : « Si l'adulte considère volontiers la perpétuelle agitation de l'enfance comme dénuée de sens, c'est tout simplement parce qu'il n'a plus besoin, lui, d'apprendre à connaître par l'expérience un monde auquel il a su s'adapter ».

De ce parallélisme que pouvons-nous déduire ? Simplement que dans le cadre de la psychopathologie, comme dans celui du développement normal de l'enfance, les rapports entre le monde et l'être forment un tout indivisible où perception et comportement s'intriquent et qu'à une modalité semblable de ces rapports s'associent des manifestations bioélectriques cérébrales analogues. Nous ne pouvons toutefois oublier pour autant que si des « existences au monde » sont ainsi comparables, leur identité est rendu fondamentalement impossible par le caractère de devenir qui donne sa note à tous les stades du développement de l'enfant. En face de celui-ci « il importe, en effet, de ne jamais oublier que l'on n'est pas en face d'un état stable mais d'une évolution orientée » (1).

Le rapprochement que nous avons présenté ne peut être valable qu'en lui assignant ses limites. Subsiste entre ces deux termes le fossé qui sépare le normal du pathologique. Les caractéristiques que nous avons retrouvées chez l'enfant et chez l'épileptoïde ont une intensité bien différente pour l'un et pour l'autre. Quand bien même d'ailleurs leurs conduites seraient identiques, il resterait que l'enfant les utilise alors que le malade les subit.

Nous avons seulement voulu, au cours des quelques pages

(1) E. Pichon. — Le développement psychologique de l'enfant et de l'adolescent, p. 17.

qui précèdent, rapprocher en les appliquant à l'épileptoïdie des considérations d'inspirations différentes mais qui, ainsi réunies, nous ont paru ouvrir des perspectives intéressantes dans ce domaine de la psychopathologie.

Une analyse phénoménologique du comportement épileptoïde permettrait d'expliquer celui-ci dans le cadre de la gestalt-théorie par les situations perceptives propres à ces sujets, ce caractère particulier de leur perception étant essentiellement mis en évidence par des tests tel que le Rorschach et le test de Rey.

Les modifications électro-encéphalographiques enregistrées chez ces malades, envisagées comme des perturbations « de ce qui est purement cérébral dans cette prise de contact de notre corps avec le monde extérieur » donneraient à l'hypothèse envisagée ci-dessus une confirmation physiologique tout en soulignant le voisinage si ce n'est l'unité de l'épilepsie et de l'épileptoïde.

Enfin, le rapprochement des comportements semblables de l'épileptoïde et de l'homme normal au cours de sa deuxième enfance, avec l'analogie de leurs électro-encéphalogrammes viendrait soutenir encore cette hypothèse.

Ce ne sont là que perspectives et nous n'avons pas la prétention d'avoir rien démontré. Nous avons seulement voulu nous demander, en justifiant notre question, si la conception de l'épileptoïdie envisagée comme une perturbation dans la prise de conscience des messages sensoriels, comme une dialectique troublée entre le monde et l'être, ne donnerait pas à cette entité la cohérence structurale que l'on est en droit d'espérer y trouver.

CONCLUSIONS

I. — L'épileptoïdie nous est apparue historiquement et pratiquement comme un cadre descriptif dans lequel s'insèrent :

1° La mentalité propre à un grand nombre d'épileptiques avérés;

2° La réunion en syndrome de troubles caractériels considérés comme des équivalents mineurs de l'épilepsie vraie;

3° La constitution caractéristique de certaines familles dans lesquelles figurent des épileptiques.

II. — La suspicion d'épileptoïdie, pour être maintenue, nous a paru devoir demander sa confirmation à :

1° Un tracé E.E.G. comportant l'inscription de dysrythmies considérées comme pathognomoniques de « l'épilepsie électrique »;

2° Une structure particulière de la perception formelle révélée par l'emploi de tests projectifs et de tests de mémoire.

III. — Le manque apparent d'homogénéité de l'épileptoïdie nous a semblé pouvoir être résolu en envisageant celle-ci comme une modalité pathologique de l'existence au monde.

1° C'est la forme de la perception intégrative du monde qui dominerait le problème de l'épileptoïdie;

2° Cette forme expliquerait le comportement pathologique de ces sujets;

3° Leurs caractères électroencéphalographiques propres traduiraient la perturbation du substratum organique de leur conscience perceptive;

4° La comparaison de l'épileptoïde et de l'homme normal au cours de sa deuxième enfance, placés l'un et l'autre mais pour des raisons différentes dans une situation dialectique semblable avec leur environnement, serait féconde.

IV. — Ces conclusions comportent un corollaire nosologique.

En effet, envisagée ainsi sur le plan des relations que l'être entretient avec son monde, l'épileptoïdie n'aurait plus à être située ou limitée par rapport à l'épilepsie. Ces deux entités deviendraient complémentaires et non plus contiguës. Entre elles il ne saurait y avoir des barrières, mais seulement des liens.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU
Le 10 novembre 1952
Pour le Doyen,
L'Assesseur :
R. SIGALAS.

Le Président de Thèse :
P DELMAS-MARSALET

Vu et permis d'imprimer
Bordeaux, le 12 novembre 1952
Le Recteur,
E. DELAGE.